
81




BRITISH MEDICAL
Library
ASSOCIAT

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

COMITÉ DE RÉDACTION

MM. LES PROFESSEURS

BOUCHARDAT
Professeur d'hygiène à la Faculté de médecine
Membre du Conseil d'hygiène
Membre de l'Académie de médecine.

Léon LE FORT
Professeur de médecine opératoire à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de médecine.

POTAIN
Professeur de pathologie interne à la Faculté
Médecin de l'hôpital Necker.

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

Le Docteur **DUJARDIN-BEAUMETZ**
MÉDECIN DES HÔPITAUX

TOME QUATRE-VINGT-SEIZIÈME

PARIS

O. DOIN, ADMINISTRATEUR GÉRANT

8, PLACE DE L'ODÉON

1879

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis du cerveau (leçon clinique);

Par le docteur Alfred Fournier,
médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté.

I

Le traitement de la syphilis cérébrale n'est et ne saurait être autre, bien évidemment, que celui de la diathèse en général. Il repose essentiellement sur l'emploi des deux grands remèdes qu'à juste raison on considère comme les « agents antisyphilitiques » par excellence, à savoir, le mercure et l'iodure de potassium.

Seulement, la médication dite spécifique réclame ici un mode d'administration spécial et une direction particulière, vu l'importance et la gravité des symptômes à combattre, vu la nécessité d'une intervention énergique, à la fois intense et rapide comme résultats.

En l'espèce, pour répondre à ce qu'on lui demande, pour être véritablement curatif, le traitement exige une série de conditions diverses qu'il importe au plus haut degré de préciser bien nettement. Ces conditions, je vais essayer de vous les formuler comme je les comprends, comme j'ai appris à les connaître par expérience.

Pour la facilité d'une exposition dogmatique, je les grouperai sous quatre chefs, de la façon suivante :

1° Il faut que le traitement dirigé contre des accidents cérébraux d'origine syphilitique soit institué le plus tôt possible ;

2° Il faut que ce traitement soit, comme action médicamenteuse, le plus énergique possible ;

3° Il faut qu'il soit prolongé pendant toute la durée des manifestations cérébrales ; et cela de façon à lui conserver, malgré l'accoutumance, son intensité d'action originelle ;

4° Il faut qu'il soit poursuivi longtemps encore après la disparition des accidents, au-delà de ce qu'on peut appeler la guérison actuelle de la maladie.

Les quatre points de ce programme réclament de notre part une attention particulière.

II

Premier point : le traitement spécifique doit être institué le plus tôt possible, c'est-à-dire à l'époque le plus rapprochée possible du début même de l'invasion de la syphilis dans le cerveau.

Nulle contradiction sur ce premier point. De l'aveu de tous, de par l'expérience commune, journalière, il est incontestable que la syphilis cérébrale guérit d'autant plus facilement, d'autant mieux, d'autant plus sûrement, qu'elle est combattue plus tôt, dans une période plus jeune de son évolution.

J'accorde qu'il est des cas où, même attaquée dès son origine, la maladie se trouve rebelle et réfractaire à tous remèdes. « Il est de ces cas, comme l'a fort bien dit M. Zambaco, où les affections syphilitiques du système nerveux poursuivent leur marche d'une façon fatale, malgré le traitement le plus régulier et le plus rationnellement institué dès le début de la diathèse.» Mais ce ne sont là que des exceptions, des exceptions rares, qui n'infirment pas la règle ; et cette règle, qui subsiste intacte, peut se formuler de la façon suivante :

1° Naissante ou jeune encore, la syphilis cérébrale cède assez aisément, sinon toujours, au moins dans la plupart des cas, à l'action du traitement spécifique ;

2° Plus âgée, elle se montre déjà bien autrement rebelle ;

3° Vieillie, compliquée, s'attestant par des symptômes qui révèlent d'une façon non douteuse des désorganisations cérébrales en voie de s'accomplir ou *à fortiori* déjà accomplies, elle reste au-dessus de toutes les ressources de l'art.

Donc, comme conséquence pratique, indication urgente d'attaquer la syphilis cérébrale dès son début, à l'époque le plus rapprochée possible de son origine.

Mais, dira-t-on, il ne dépend pas toujours du médecin d'intervenir en temps opportun. — Sans doute. Mais cela dépend de lui en nombre de cas ; car, c'est affaire à lui de connaître les prodromes de la syphilis cérébrale et de la dépister à son début. C'est affaire à lui de savoir ce que présagent ces nombreux phénomènes que je me suis attaché à vous décrire comme avant-coureurs des accidents confirmés de la maladie, ce que présage, par exemple, cette céphalée si spéciale à laquelle nous avons donné le nom de *prémonitoire*, ce que présagent ces vertiges, ces troubles congestifs divers, ces douleurs névralgiformes des membres, ces parésies transitoires, ces accès épileptiques à modalité partielle et consciente, ces troubles intellectuels variés, etc., qui préludent si fréquemment aux grandes scènes de l'encéphalopathie spécifique. Consultez, Messieurs, les observations déjà contenues dans la science relativement au sujet qui nous occupe actuellement, et vous serez surpris d'en rencontrer un nombre considérable dans lesquelles de tels phénomènes précurseurs, pour une raison ou pour une autre, sont restés méconnus ; vous serez surpris d'en rencontrer un nombre considérable dans lesquelles on a longtemps hésité au début, tâtonné, tergiversé, avant de se résoudre à admettre la vérole comme origine des accidents ; dans lesquelles, en conséquence, on n'a commencé à traiter la maladie comme syphilitique qu'à une époque plus ou moins distante de son début, voire à une époque où déjà elle ne pouvait plus être que difficilement curable. Erreurs instructives non moins que regrettables, surtout si l'on compare le dénoûment des cas de ce genre à d'autres cas où, reconnue d'emblée et soumise d'emblée à son véritable traitement, l'affection s'est rapidement acheminée vers une terminaison heureuse. Erreurs explicables et pardonnables dans une période scientifique où la syphilis cérébrale n'était encore que très-imparfaitement connue, mais qui n'auraient plus, en vérité, d'excuse aujourd'hui.

De là, pour nous, cet enseignement : que, sur un sujet syphilitique, il importe de surveiller avec une vigilante attention tous les symptômes qui, se reliant à un trouble cérébral, pourraient témoigner d'une invasion de la diathèse vers le cerveau, et de

leur opposer immédiatement une médication appropriée, à moins qu'ils ne soient dûment et sûrement explicables par une cause étrangère à la syphilis.

Arriver assez tôt, tel est le grand élément de succès dans la syphilis cérébrale. Agir sans retard, agir immédiatement, dès que la syphilis cérébrale peut être diagnostiquée ou même soupçonnée, telle est l'indication première à remplir pour conférer le plus de chances possible aux agents thérapeutiques dont nous disposons.

III

Second point : il faut que le médicament soit, comme action médicamenteuse, le plus énergique possible.

Proportionner l'intensité du médicament au caractère grave et menaçant de la maladie, telle se présente la seconde indication à remplir.

Sachez-le bien, en effet, messieurs, le traitement ne peut être efficace ici que s'il est énergiquement répressif. Tout est là, et de l'observation de ce précepte dépend le salut des malades.

Ce qu'il faut en pareille occurrence, sous peine de rester impuissant, c'est frapper fort. Ce qu'il faut, c'est, tout d'abord, frapper un grand coup, pour surprendre l'ennemi en quelque sorte et couper court à l'invasion des phénomènes menaçants ; c'est, en second lieu, soutenir l'intensité originelle des effets thérapeutiques par une direction particulière du traitement. Mais laissons de côté pour l'instant ce dernier point, sur lequel nous aurons bientôt à revenir dans un paragraphe ultérieur, et ne parlons, quant à présent, que du traitement initial.

Ce traitement, je n'exagère rien en disant qu'il doit être spécial, spécial comme intensité. Et je suis d'accord en cela avec tous les médecins qui ont l'expérience des situations de ce genre. Ecoutez par exemple M. Charcot : « On ne réussit en pareil cas qu'en procédant par une attaque de vive force, et en maintenant au delà la médication dans toute sa vigueur ». C'est exactement ce que vous m'avez entendu vous répéter bien souvent. Que de fois vous ai-je préconisé certaine méthode qu'en style familier je dénommais de « traitement d'assaut » ! Si bien que, même sur les termes, je semblais m'être entendu avec l'éminent professeur que je viens de citer.

Et, en effet, dans les cas dont il s'agit, faire peu ou faire au-

dessous de la mesure nécessaire, c'est presque ne rien faire. Si l'on se contente du mode de traitement habituel, si l'on met en œuvre une médication douce, bénigne, non susceptible d'offenser les gencives ou d'exciter quelque trouble physiologique, tenez pour certain qu'on n'obtiendra aucun résultat sérieux. Autant vaudrait presque se résigner à l'expectation pure et simple.

J'insiste et je dis : si l'on s'en tient au traitement usuel, banal, à celui qu'on prescrit d'ordinaire à un malade affecté d'un chancre ou d'une roséole, si l'on se borne à formuler les 5 centigrammes traditionnels de proto-iodure, ou bien une cuillerée de liqueur de Van Swieten, ou bien encore 1, 2 grammes d'iodure, soyez absolument assurés, Messieurs, qu'on court au-devant d'un insuccès fatal, nécessaire, certain.

Mais sortons des préceptes généraux, et précisons ; car nous sommes ici sur le véritable terrain de la pratique, et ce sont des indications nettes, catégoriques, que vous attendez de moi, je ne dois pas l'oublier.

Quel doit donc être le traitement à mettre en œuvre ici ? Ou, du moins, quel est celui auquel je crois pouvoir vous conseiller de donner la préférence? C'est là ce que je vais m'efforcer de spécifier.

I. D'abord, la nécessité d'agir avec une énergie spéciale implique, en l'espèce, l'association, la combinaison de nos deux grands remèdes antisiphylitiques, le mercure et l'iodure.

Nous avons affaire à forte partie, inutile de vousle répéter encore. Donc le bon sens commande que nous nous armions de toutes nos ressources ; et ce n'est que prudence, en pareil cas, d'appeler à notre aide le concours des deux agents antidiathésiques dont nous disposons.

Sans doute l'un ou l'autre, employé seul, aurait chance de pouvoir suffire. Et nous ne serions pas embarrassés pour trouver de nombreuses observations où soit le mercure, soit l'iodure prescrit isolément a fourni d'excellents résultats. Mais l'un de ces remèdes n'exclut pas l'autre, tant s'en faut. Bien au contraire, l'action propre de chacun peut s'ajouter à l'action propre de son congénère. D'autre part, l'un ou l'autre, livré à ses propres forces, risquerait de rester insuffisant, cela s'est vu. Il pourrait y avoir inconvénient à désunir ces deux remèdes, et il n'est aucune contre-indication à les employer concurremment ; l'expérience apprend même qu'il y a le plus souvent avantage à les

combiner. La conclusion à tirer de là est plus que simple, vous le voyez. D'ailleurs, l'influence bienfaisante de ce qu'on appelle *le traitement mixte* n'est plus à démontrer aujourd'hui, relativement à la plupart des manifestations tertiaires de la diathèse; et, en ce qui nous concerne actuellement, c'est à ce mode de traitement que nous devons le plus grand nombre des heureux résultats déjà consignés dans nos annales.

Donc, pas d'hésitation possible. Le danger est grand ; faisons feu de toutes pièces, prescrivons simultanément le mercure et l'iodure.

II. Comment administrer ces deux remèdes, et à quelle dose?

Pour l'iodure, d'abord, nul embarras au point de vue du mode d'administration. On le prescrira par la bouche, tout naturellement ; et cela sous forme de potion, de solution, de sirop, peu importe.

Ce n'est qu'en certains cas tout à fait exceptionnels qu'on pourra être conduit par la nécessité à administrer l'iodure d'une autre façon, c'est-à-dire par la voie rectale ; et cela seulement alors que l'intolérance de l'estomac pour le remède aura été dûment démontrée par plusieurs expériences consécutives.

A ce dernier propos, laissez-moi vous dire incidemment que l'intolérance de l'estomac pour l'iodure est un fait qu'on a beaucoup exagéré. J'ai entendu et j'entends fréquemment certains médecins parler de malades « qui ne peuvent arriver à tolérer l'iodure ». D'autre part, nombre de malades, dès qu'on leur prescrit l'iodure, se récrient aussitôt, se récusent comme « incapables de supporter la moindre dose de ce remède ». Tout cela me semble excessif. Car, pour avoir fait une bien longue expérience de ce médicament, après l'avoir administré des milliers de fois à toutes doses, j'en suis encore à chercher un seul cas d'intolérance absolue, véritable, telle que paraissent en avoir rencontré quelques-uns de mes confrères. Sans doute, j'ai vu des malades être indisposés, incommodés par l'iodure, à des degrés divers ; mais je n'en ai pas vu qui, après un certain temps, avec de certaines précautions, avec de certains artifices d'administration (1), ne soient arrivés à le tolérer sans inconvénients ultérieurs.

---

(1) Le meilleur procédé, je crois, pour faciliter la tolérance de l'iodure, c'est de l'administrer mêlé aux aliments ou aux boissons. Tel malade qui ne supporte pas l'iodure à jeun, le tolère facilement s'il le prend à ses

En un mot, j'ai bien trouvé des malades plus ou moins sensibles à l'iodure, mais je n'en ai pas trouvé qui lui soient absolument réfractaires.

Or, en l'espèce, alors que l'iodure est appelé à réaliser un résultat immense, que deviennent, comme objections à l'emploi du remède, les inconvénients légers, les incommodités, les petites souffrances même, dirai-je, qui peuvent en résulter et qui d'ailleurs s'atténuent, disparaissent, à mesure que se produit l'accoutumance ?

D'autre part, une remarque se présente à signaler ici. C'est que de fortes doses d'iodure (telles que celles dont l'emploi est nécessaire dans le cas actuel) sont en général mieux tolérées que de faibles doses. J'ai observé ce fait trop souvent pour conserver le moindre doute à son sujet. Tel malade qui sera vivement indisposé par 25 ou 50 centigrammes du remède en supportera plus facilement 3 ou 4 grammes, tout au moins n'en sera pas plus fortement impressionné ; et il s'habituera mieux à cette seconde dose qu'à la première. Explique le phénomène qui pourra ; si bizarre qu'il paraisse, il n'est pas moins certain.

Donc, en résumé, sauf exceptions extrêmement rares, c'est par la voie gastrique que l'iodure devra toujours être prescrit.

(*La suite au prochain numéro.*)

---

repas, et, mieux encore, à diverses reprises dans le cours de ses repas. Je le donne souvent en solution dans le vin, dans la bière, dans l'eau que le malade boit à table, voire dans le potage. Je me suis bien trouvé aussi, en maintes occasions, de l'associer à une liqueur stomachique, agréable, telle que l'anisette, le curaçao, ou bien encore á une infusion amère, aromatique, à un vin généreux, soit naturel, soit pharmaceutique, etc., etc. Il est absolument exceptionnel qu'après une série de tâtonnements de ce genre on ne parvienne pas à découvrir un agent ou un procédé quelconque qui assure la tolérance du remède. Et d'ailleurs, si la totalité de la dose exigible n'est pas supportée par l'estomac, reste toujours la ressource d'administrer le surplus par la voie rectale.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du frottement sous-scapulaire et de son traitement par un appareil orthopédique;

Par le docteur TERRILLON, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

Depuis plusieurs années, j'ai appelé l'attention sur une affection spéciale de la région scapulaire, sous le nom de *Frottement sous-scapulaire*. Deux mémoires, parus en 1877, dans les *Archives générales de médecine* (1), m'ont permis de rapporter plusieurs observations établissant l'importance de cette maladie.

Une thèse qui a précédé mon second mémoire et qui est due à M. Bassompierre (2), sous l'inspiration de M. le professeur Saujot, avait aussi fourni des matériaux intéressants sur cette question.

Souvent confondue avec l'arthrite sèche scapulo-humérale, dont les frottements sont souvent identiques, cette affection semblait d'abord assez rare, et ce n'est qu'après des recherches assez nombreuses que j'avais pu en rencontrer quelques exemples qui avaient fait le sujet de mes premiers mémoires.

Depuis cette époque, grâce au nombre croissant des malades que j'ai pu examiner à l'hôpital, grâce aussi aux observations qui m'ont été fournies par ceux qui avaient lu mes premiers travaux, j'ai pu compléter l'étude que j'avais faite primitivement.

L'analyse des symptômes et de leurs variétés a pu ainsi être plus complétement faite. Les conditions de la production de ces craquements ont été mieux déterminées, et surtout les inconvénients qu'ils peuvent entraîner dans le fonctionnement régulier des muscles de l'épaule ont été le sujet de remarques importantes. Ce sont ces différents points que je désire mettre en relief dans cet article, en insistant aussi sur le traitement applicable à ces inconvénients, traitement qui est purement orthopédique, mais qui donne aux malades un soulagement immédiat et durable.

(1) Octobre 1874, juillet 1877.
(2) Thèse 1875.

J'aurais voulu pouvoir ajouter quelques détails à la question de l'étiologie et aussi de l'anatomie pathologique, mais aucune autopsie et aucune remarque nouvelle ne m'ont permis de changer les conclusions auxquelles j'avais été primitivement conduit; aussi je passerai rapidement sur cette partie.

Je rappellerai d'abord rapidement en quoi consiste cette affection, quelle en est la caractéristique essentielle et comment on doit interpréter la formation de ces craquements.

Un malade atteint de cette bizarre maladie présente les symptômes suivants :

Toutes les fois qu'il fait mouvoir le bras avec une certaine ampleur, il perçoit au niveau de la partie postérieure de l'épaule une sensation spéciale qui consiste dans une série de craquements rudes. Ces craquements peuvent le plus souvent être entendus à distance et simulent, comme l'a dit Galvagni (1), le bruit que produit un cheval mangeant du froment ou de l'avoine.

La main appliquée sur l'omoplate et même sur le moignon de l'épaule perçoit facilement le craquement, en même temps que l'oreille entend le bruit ainsi produit.

La sensation de frottement rude est surtout manifeste au niveau du bord spinal de l'omoplate, tantôt et même le plus souvent vers la pointe, tantôt dans toute l'étendue du bord ou vers la partie supérieure.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans la production volontaire de ces craquements, c'est que le malade peut les accentuer, ou au contraire les diminuer et même les faire disparaître à volonté, selon la position qu'il donne à l'omoplate pendant qu'elle se déplace sur le thorax. En effet, si grâce à la contraction des muscles qui servent à fixer l'omoplate sur la poitrine, il applique exactement cet os contre les côtes, au moment où il imprimera un mouvement à la totalité de l'épaule, le frottement aura son maximum d'intensité.

Si, au contraire, il relâche les muscles fixateurs et que l'omoplate soit ainsi séparée du tronc par un espace virtuel, qu'en un mot elle ne soit plus assujétie contre les côtes, le craquement sera amoindri ou même presque nul.

---

(1) Docteur Galvagni, *Scrozio scopolare* (*Bull. del soc. med. di Bologni*a, juin 1873).

Ce fait est des plus évidents, dans tous les cas, car les malades connaissent exactement la tension et le degré de contraction musculaire nécessaires pour produire le maximum ou le minimum des bruits.

Cette remarque a d'autant plus d'importance, qu'elle indique bien, comme je l'avais déjà fait remarquer autrefois, que le craquement est le résultat du frottement de la face profonde du bord spinal de l'omoplate. Ce bord est, sur la surface extérieure des côtes, légèrement recourbé, comme on le voit sur un os dénudé.

Ce frottement incessant de deux surfaces osseuses l'une sur l'autre donne lieu au développement d'une bourse séreuse, qui fut rendue évidente, dans une de mes premières observations, par ce fait qu'elle devint le siége d'un hygroma, contenant des grains riziformes. Cet hygroma nécessita un traitement chirurgical énergique.

Mais n'ayant pas l'intention de traiter ici cette question d'anatomie pathologique et de mécanisme et ne voulant insister que sur le côté clinique de cette affection, je reviens au symptôme lui-même.

Le frottement, comme on peut en juger par la description précédente, peut donc varier d'intensité, grâce à la pression de l'omoplate sur les côtes au moment de son déplacement ; mais il faut ajouter qu'il varie aussi suivant les sujets et l'âge de la maladie.

Au début, il est presque nul et souvent il n'est perçu qu'à certains moments, par exemple après une journée de travail ou de fatigue. Mais il est rare qu'il n'augmente pas après quelque temps pour acquérir lentement, mais progressivement, une assez grande intensité.

Il débute d'abord par une épaule, et l'autre n'est envahie qu'après quelques mois. Aussi, dans le cas où le craquement existe dans les deux épaules, il est ordinaire de trouver un côté plus malade que l'autre.

Dans d'autres faits, au contraire, un seul côté est atteint et l'autre reste intact, mais alors l'affection reconnaît pour cause une altération locale, telle qu'une ankylose de l'articulation scapulo-humérale, ou une périarthrite de la même articulation. Cette ankylose de l'articulation de l'épaule, forçant l'omoplate à suivre complétement les mouvements du bras, et s'accompagnant d'une atrophie des muscles scapulaires, produit quelquefois le

frottement. On comprend alors que l'autre épaule restera indemne, puisqu'elle n'est pas soumise à la même lésion primitive.

Si l'affection est au contraire idiopathique, si elle ne reconnaît que des causes obscures ou impossibles à analyser, comme cela se présente dans la plupart des cas que j'ai vus, il est rare alors que les deux côtés ne soient pas envahis successivement. Je rapporte cependant plus loin un exemple dans lequel une seule épaule est actuellement envahie.

Comme je l'ai dit en commençant, cette affection si facile à caractériser, mais dont les causes sont encore obscures, peut ne s'accompagner d'aucun autre phénomène que le frottement lui-même, mais quelquefois elle occasionne des inconvénients plus ou moins sérieux.

Sous ce rapport, les personnes atteintes peuvent se diviser en trois groupes distincts.

Les unes n'ont d'autre inconvénient que la présence de ces craquements, qui sont plus ou moins accentués, selon la nature des mouvements de l'épaule, et la façon dont l'omoplate est plus ou moins appliquée contre le thorax. Souvent même la violence de ces craquements varie avec l'état atmosphérique, surtout chez les rhumatisants ; avec l'état de fatigue qui succède à un travail des bras trop prolongé ; ou bien encore avec les saisons. J'ai cité dans les mémoires précédents des exemples de cette variété, et j'en rapporte encore un.

Les individus ainsi atteints sont les plus nombreux, ils n'éprouvent en réalité aucun inconvénient par le fait de cette affection.

Dans cette classe je ne range pas les individus amaigris, qui peuvent, par certains mouvements exagérés de l'omoplate, produire par hasard quelques frottements légers, ainsi que Bassompierre en cite quelques exemples dans sa thèse.

Ceux-ci n'ont pas, en réalité, une altération particulière, et on ne peut soupçonner chez eux la présence ou le développement d'une bourse séreuse sous l'omoplate. La simple diminution des muscles sous-scapulaires et intercostaux suffit pour expliquer comment, sous l'influence de certains mouvements forcés, ces individus peuvent produire des frottements légers par le contact du bord de l'omoplate avec la surface des côtes.

Pour moi, l'affection n'est réellement confirmée que lorsque

le phénomène se produit presque continuellement, qu'il appelle l'attention de celui qui la porte, tout en admettant que volontairement il peut exagérer ou diminuer l'intensité des craquements par des manœuvres spéciales.

Le second groupe comprend les individus qui, soumis depuis quelque temps à cet inconvénient, voient survenir, en même temps que les craquements, des douleurs plus ou moins vives au niveau de la partie postérieure de l'épaule, lorsqu'ils font mouvoir les bras.

Cette douleur souvent peu prononcée, au moins au début, peut n'être que passagère, ne survenir que par intervalles et ne se montrer qu'après un excès de fatigue dû à l'usage immodéré des bras. Le changement de saison, de température, de l'état hygrométrique de l'air, peuvent avoir également une influence sur son développement.

Cependant, elle n'est pas telle que le malade en soit incommodé d'une façon sérieuse ou continue.

Dans le troisième groupe, au contraire, je rangerais tous ceux chez lesquels le craquement s'accompagne non-seulement d'une douleur vive et souvent insupportable de la région qui est le siége du phénomène, mais aussi d'une impuissance ou d'une difficulté extrême dans l'usage du membre supérieur correspondant.

Tantôt l'excès de douleur paraît être la cause principale de la gêne et de l'impuissance des mouvements, tantôt la douleur s'accompagne d'un état d'atonie, de paralysie incomplète des muscles de l'épaule tellement prononcée, que le malade est incapable de soulever un fardeau.

D'après les cas que j'ai examinés, je suis porté à croire que la douleur vive et persistante finit par s'accompagner de cet état d'atonie à des degrés variables. Cette variété est heureusement de beaucoup la plus rare, aussi je n'ai pu en rencontrer que quatre exemples. Mais il est à présumer que les individus ainsi atteints sont les seuls qui réclament l'intervention d'un médecin : telle serait la cause de la rareté apparente du frottement sous-scapulaire.

L'affection ainsi accentuée devient bientôt une véritable infirmité, ainsi que j'en rapporte encore un exemple.

On peut même ajouter que cette variété est la seule qui réclame

un traitement spécial. En effet, les autres formes restent stationnaires et n'ont, après quelque temps, aucune chance de devenir plus sérieuses qu'elles n'étaient au début. Je n'ai trouvé, en effet, aucun des individus affectés de craquement sous-scapulaire datant de plusieurs années, se plaignant de douleurs survenues tardivement.

Ceux, au contraire, qui ont des douleurs vives et surtout de la gêne fonctionnelle, indiquent nettement que le développement de ces douleurs a succédé à court intervalle au début des craquements.

L'apparition de la douleur et de l'impotence serait donc véritablement un caractère spécial à certaines formes ou à certains individus ; car je connais plusieurs individus porteurs de craquement depuis plusieurs années et qui n'en ont jamais été incommodés au moins d'une façon durable.

Le *traitement* de cette affection, devenue douloureuse et produisant de l'impotence, peut, selon moi, se résumer dans cette simple proposition : Immobiliser avec soin l'omoplate sur le tronc afin de supprimer le mouvement de cet os.

Aussitôt que ce but est atteint, le malade ne souffre plus et peut se servir de son bras.

Rien ne peut le démontrer d'une façon plus formelle que l'observation suivante, qui est par beaucoup de points semblable à celle du jeune homme que j'ai traité le premier par ce moyen, et que j'ai présenté à la Société de chirurgie (*Bull. soc. de chir.*, 1875, p. 342).

Obs. I. — Mlle Daviet, âgée de dix-huit ans, couturière, demeurant rue Armaillé, 13.

Cette jeune fille, blonde, d'apparence chétive, a eu une enfance maladive. Plusieurs affections de nature scrofuleuse ont duré jusqu'à l'âge de douze ans : maux d'yeux, écoulements d'oreille. Elle a même éprouvé pendant deux ans, à cette époque, une faiblesse des membres pour laquelle elle a suivi un traitement spécial.

Les règles s'établirent à l'âge de treize ans, mais difficilement, et provoquant des pertes souvent abondantes ; depuis cette époque, elles sont moins troublées, mais irrégulières.

Depuis un an à peu près elle éprouve, du côté de l'épaule gauche, des symptômes insolites qui, d'abord passagers, devinrent permanents, et sont caractérisés par un frottement rude et de la douleur. Elle crut se rappeler que, quelques mois avant l'appari-

tion de ces phénomènes, elle avait fait une chute sur l'épaule, mais sans pouvoir donner à ce sujet des renseignements très-précis.

Les douleurs, la gêne fonctionnelle, les craquements allèrent progressivement en augmentant et s'accentuèrent tellement que, le 21 août 1878, elle se décida à venir consulter à l'hôpital. Je la vis à l'hôpital Saint-Louis, où je remplaçais M. le docteur Duplay.

Le premier examen me fit constater immédiatement tous les symptômes de l'affection que j'avais décrite, et j'attirai sur ce fait l'attention des élèves du service.

Je ne ferai que signaler rapidement les principaux symptômes.

Cette jeune fille est frêle, la poitrine est étroite, les muscles peu développés. Lorsqu'elle fait un mouvement un peu étendu du bras gauche, elle éprouve aussitôt de la gêne, puis de la douleur partant de la partie postérieure et s'irradiant du côté du moignon de l'épaule. En même temps elle perçoit avec l'oreille un bruit de craquement. L'exploration avec la main appliquée sur la région de l'omoplate, permet de localiser exactement le siége des craquements, au niveau du bord postérieur ou spinal de l'omoplate, dans presque toute son étendue.

Lorsque la malade fait mouvoir violemment l'omoplate appliquée exactement sur la surface du thorax, aussitôt les craquements deviennent très-intenses et très-rugueux et la douleur est plus vive.

L'articulation de l'épaule est absolument intacte. Les muscles qui s'insèrent sur l'omoplate sont un peu amoindris, les creux sont plus marqués par rapport au côté opposé. Cependant l'exploration électrique ne donne aucune différence. Il est bon d'ajouter que, du côté droit, on perçoit déjà quelques frottements rudes, que la malade nous affirme avoir débuté il y a quelques mois, mais sans douleur ou gêne appréciable.

Enfin l'épaule gauche n'est plus exactement appliquée sur le tronc, lorsque les deux bras pendent librement. Le bord spinal est légèrement détaché, la pointe de l'omoplate fait, dans cette position, une saillie appréciable.

On peut considérer cette déformation de l'épaule comme une conséquence d'un certain degré d'atonie des muscles sous-scapulaires.

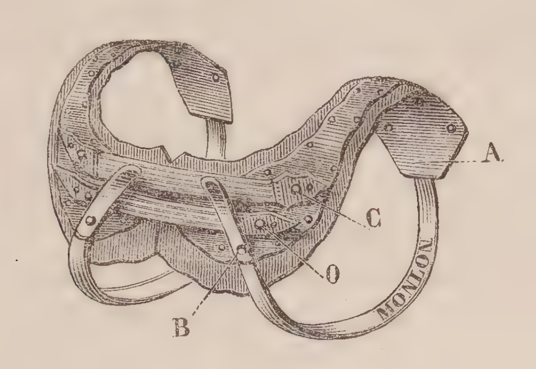
La malade se plaint d'une lourdeur du bras, d'une gêne prononcée ; elle ne peut lever un fardeau, et élève difficilement le bras pour se peigner. Tous ces symptômes, peu accentués le matin, augmentent dans la journée, avec la fatigue et le travail, et sont pour cette jeune fille la cause d'un tourment réel.

Le bras ne présente rien d'anormal, les articulations sont indemnes, et on ne trouve aucun antécédent rhumatismal.

La colonne vertébrale présente un léger degré de scoliose, mais sans que cette déviation, très-légère, paraisse être la cause de la saille de l'épaule et des symptômes observés ; car la cage thoracique semble peu différente d'un côté à l'autre.

J'ajouterai, pour terminer, que tous les phénomènes décrits plus haut disparaissent, si on fixe l'omoplate sur le thorax. La malade peut alors mouvoir facilement son bras sans douleurs et sans craquement, elle n'éprouve que la faiblesse résultant de l'atonie des muscles scapulaires.

Je conseillai pendant un mois et demi l'emploi des bains sulfureux avec douches locales et de l'électricité ; mais sans obtenir d'amélioration. C'est alors que, conformément à ce que j'avais obtenu chez le malade dont je rappporte l'histoire dans mon premier mémoire, j'engageai cette jeune fille à se faire fabriquer un appareil capable de fixer les deux omoplates tout en permettant le libre mouvement des bras.



M. Monlon, bandagiste, a fabriqué cet appareil en cuir moulé, garni de montants en acier. Il consiste, ainsi que l'indique la figure, en deux pièces emboîtant exactement le moignon de l'épaule et les omoplates, et pouvant se relier entre eux en avant et en arrière, au moyen d'un lacet qui permet de serrer à volonté. A peine l'appareil était-il posé, que tous les phénomènes disparurent, sauf la faiblesse.

Actuellement la jeune fille le porte depuis près de deux mois, et n'a eu qu'à se louer de son emploi, aussi elle ne le quitte plus. Le bras a repris de la force, la douleur et les craquements ont disparu complétement.

Je conseillerai l'emploi de cet appareil pendant plusieurs années, espérant ainsi, en supprimant les mouvements de l'omoplate sur le thorax, diminuer la tendance au craquement, peut-être même guérir cette affection qui devient une véritable infirmité. Tel est, du reste, le seul traitement rationnel que je connaisse actuellement ; il est palliatif plutôt que curatif, mais il a une grande utilité dans ces cas douloureux et pénibles.

Cette observation était écrite depuis un mois, lorsque cette jeune fille revint me voir (le 5 janvier 1879) pour me dire que, son premier appareil étant devenu défectueux, elle désirait en faire fabriquer un nouveau. Elle me dit en même temps que de-

puis cinq à six jours elle avait quitté son appareil, et que malgré cela la douleur et la gêne des mouvements étaient très-minimes. Elle désirait porter un appareil, dans la crainte de voir revenir ses douleurs. Le craquement a également beaucoup diminué d'intensité et même d'étendue.

Ce fait prouve donc bien nettement que mon hypothèse s'est vérifiée, et que l'immobilisation de l'omoplate, non-seulement soulage le patient, mais aussi arrive à diminuer l'affection.

Je pourrais rapporter plusieurs autres observations qui m'ont été fournies par des confrères, mais toutes se rapportent à des cas simples dans lesquels le craquement existait seul et ne s'accompagnait ni de gêne, ni de douleur, ni de faiblesse et était peu marqué.

Plusieurs cas qui me sont personnels méritent seuls d'être signalés, car ils sont remarquables par ce fait qu'ils sont caractérisés par des craquements s'accompagnant de douleurs passagères, et qui eux-mêmes diminuent ou disparaissent presque entièrement par intervalles pour reparaître plus tard.

Obs II.—Un jeune homme de vingt-deux ans, M. R..., élève de l'Ecole des chartes, employé à Sainte-Barbe, vint me consulter au mois de mars 1878 pour une douleur persistante qu'il éprouvait depuis quelques jours dans la région de l'épaule gauche, et qui se produisait lorsqu'il faisait des mouvements exagérés des bras.

Je reconnus, en l'examinant, la présence de craquements sous-scapulaires qui avaient du reste éveillé déjà l'attention du malade.

Le craquement existait vers le bord spinal, dans toute son étendue, et était très-facile à entendre à distance lorsque le malade faisait mouvoir violemment l'épaule.

Depuis trois ans il éprouve cette sensation d'une façon intermittente et variable quant à sa durée. Le patient a remarqué que chaque année il a eu une période de douleur et de gêne. Cette période a duré de quinze à vingt jours chaque fois. Elle était remarquable par une douleur assez vive se développant par les mouvements d'élévation du bras, et particulièrement lorsqu'il voulait se peigner, mettre son habit ou son chapeau.

Le bras est plus faible que celui du côté opposé et ne peut soulever un fardeau un peu lourd sans que la douleur se développe. Celle-ci s'irradie quelquefois à distance du côté du moignon de l'épaule et même du côté correspondant de la poitrine.

Du côté droit, on trouve aussi un peu de craquement moins rude que celui qui est perçu du côté gauche, mais sans douleur.

Ce jeune homme est assez robuste et n'est pas rhumatisant. Les articulations de l'épaule sont saines.

Le repos et quelques bains sulfureux ont fait passer rapidement les douleurs, mais les craquements persistent. Le malade est persuadé que l'année prochaine, à pareille époque, il aura encore une période douloureuse, comme les années précédentes.

Les changements de température ramènent un peu de douleur passagère depuis cette époque.

Enfin, on trouve aussi l'épaule un peu saillante et un léger épaississement sous l'omoplate. Cet épaississement pourrait faire penser à la présence d'une bourse séreuse.

Obs. III.— Une seconde observation, dont je ne donne qu'un résumé rapide, se rapporte à un cas qui ne fait que débuter.

Une jeune fille de quinze ans et demi, vigoureuse et ayant tous les attributs d'une belle santé, me fut présentée dernièrement par sa mère, à propos de troubles assez graves marquant le début de la menstruation.

Outre les phénomènes ordinaires produits par la difficulté de la menstruation, la malade attira mon attention sur une légère douleur avec sensation spéciale dont l'épaule droite était le siége. Je reconnus bientôt la présence de frottements rudes sous l'omoplate, avec intégrité absolue de l'articulation de l'épaule. La douleur très-légère qui survenait, ordinairement à la fin de la journée, lorsque cette jeune fille avait joué du piano ou s'était livrée à un travail d'aiguille trop prolongé, était très-faible, mais avait attiré plusieurs fois son attention.

Je ne trouvai aucune déviation de la colonne vertébrale, et aucune cause évidente de cette affection.

Elle était au début, car la malade me dit n'avoir perçu ces symptômes que depuis deux mois à peine. L'épaule gauche ne présentait rien de semblable.

Les autres détails de l'observation ne présentaient rien de spécial : ainsi le siége, l'augmentation volontaire des frottements ressemblaient à ce que j'ai signalé dans les autres observations.

Je conseillai dans ce cas l'emploi de bains sulfureux, et surtout le travail modéré permettant de ne pas mouvoir ce bras trop longtemps ou trop activement.

Obs. IV. — Le nommé X..., âgé de quarante-deux ans, vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu le 20 février 1878. Cet homme se plaint d'une douleur très-vive dans l'épaule gauche, survenant quand il a travaillé pendant quelques heures, et s'accompagnant d'un bruit de frottement rude dans cette région.

Sa profession est assez pénible. Il ne se plaint que du côté gauche, car, étant gaucher, c'est le bras de ce côté qui fatigue le plus.

En l'examinant avec soin, je constate tous les symptômes caractéristiques du craquement sous-scapulaire. Douleur dans la région de l'omoplate, craquements rugueux paraissant se passer surtout au niveau des angles inférieur et supérieur du bord spi-

nal, atonie des muscles scapulaires avec saillie de l'omoplate, par rapport à celle du côté opposé, et faiblesse du membre supérieur correspondant. Ces symptômes n'existent que du côté gauche, le côté droit ne présentant que quelques frottements légers.

Enfin, on constate en examinant le bord spinal de l'omoplate et en insinuant un peu les doigts sous cet os éloigné du tronc, un léger épaississement du tissu sous-jacent, un empâtement profond. Cette sensation correspond probablement à la formation de la bourse séreuse qui doit exister dans la plupart de ces cas anciens, ainsi que je l'ai démontré dans les mémoires précédents.

Cette affection date d'un certain nombre d'années, car le malade nous dit qu'il a été militaire depuis l'âge de vingt ans jusqu'à trente-six ans. Or, dès les premières années de sa carrière militaire, il s'aperçut que, en portant son sac, il éprouvait une douleur dans la région postérieure de l'épaule gauche, et qu'en même temps il sentait un frottement rude lorsqu'il faisait mouvoir violemment son bras.

Cet état de souffrance était tel, par moments, qu'on dut lui accorder plusieurs fois des permissions spéciales pour ne pas porter son sac ou ne pas faire de travaux pénibles.

Variable suivant les saisons ou suivant la fatigue que le malade éprouvait, cette affection était assez accentuée lorsqu'il quitta l'état militaire à l'âge de trente-six ans.

Pendant les premières années qui suivirent, il eut un métier peu pénible, aussi la douleur diminua notablement, mais les craquements persistèrent.

Depuis deux ans, son état de journalier l'expose à se servir beaucoup de ses membres supérieurs et surtout du bras gauche, aussi les douleurs, la gène et la fatigue, avec la faiblesse du membre, ont reparu ; actuellement, il éprouve une grande peine pour travailler.

Je terminerai en disant que l'articulation de l'épaule est absolument saine, ainsi que les autres articulations. Le malade n'est pas rhumatisant, et on ne peut découvrir chez lui aucune diathèse bien caractérisée.

Ce malade ayant refusé d'entrer à l'hôpital, je ne l'ai vu que trois fois.

Obs. V. — Une jeune fille de dix-neuf ans, Mlle C..., vint me consulter le 5 décembre 1878. Elle m'était adressée par mon collègue Ch. Monod, qui la soignait depuis quelque temps pour un craquement sous-scapulaire siégeant à gauche, avec atonie des muscles de l'épaule. L'emploi des courants électriques, longtemps prolongé, avait amené une amélioration à peine sensible.

Cette jeune fille, assez grande, mince, brune, pâle sans être anémique, a toujours été bien portante. On ne trouve ni chez elle, ni dans sa famille des antécédents rhumatismaux. Elle est pianiste.

Depuis deux ans environ, il lui semblait que l'épaule gauche était moins élevée que l'autre, le bras correspondant se fatiguait facilement, et souvent, quand elle jouait du piano pendant plusieurs heures, elle éprouvait en arrière, dans la région de l'angle spinal de l'omoplate, une sensation de chaleur, de douleur et gêne qui persistait souvent après l'exercice.

Bientôt elle perçut des craquements légers en remuant l'épaule, mais sans ajouter à ce symptôme peu prononcé une grande importance. Elle ne l'a remarqué d'une façon plus nette que depuis quelques mois, surtout parce qu'on a appelé son attention sur ce fait. Elle sait maintenant le produire et l'exagérer à volonté en faisant exécuter à l'épaule des mouvements étendus.

Le craquement se passe sous l'omoplate, principalement vers l'angle supérieur et l'angle spinal. Il est saccadé, assez fin, et s'il est produit avec force, il s'accompagne de douleur.

L'épaule gauche est abaissée, l'omoplate saillante et son bord spinal détaché de la cage thoracique, la pointe surtout forme une saillie.

En passant la main entre l'omoplate soulevée et les côtes, on trouve un léger épaississement du tissu sous-jacent à l'omoplate, surtout en haut, dans le point où se perçoit le craquement. Cette sensation est très-nette quand on compare avec le côté opposé qui est intact. Malgré cette apparence d'affaiblissement des muscles de l'épaule qui est manifeste, les muscles réagissent bien sous l'influence de l'électricité, il y a donc atonie plutôt que paralysie des muscles. Ceux-ci paraissent intacts à la vue, car les cavités de la face postérieure de l'omoplate sont remplies comme celles du côté opposé. La faiblesse de l'épaule est cependant manifeste quand on fait soulever un fardeau ou même lever le bras au-dessus de la tête.

La colonne vertébrale est légèrement courbée en scoliose, mais ce fait est à peine sensible.

Je conseille donc, en présence de ce craquement s'accompagnant d'atonie ou affaiblissement des muscles scapulaires et de douleurs dans la région de l'omoplate, de porter un appareil semblable à ceux que j'ai fait porter à d'autres malades semblables. Mais je propose d'y ajouter deux tiges postérieures reliant les supports de l'omoplate à un corset orthopédique prenant un point d'appui sur la hanche. L'appareil ainsi construit aura pour but, tout en immobilisant l'omoplate gauche, de soutenir un peu la colonne vertébrale, qui semble fléchir légèrement dans le sens latéral.

Le *diagnostic* du craquement sous-scapulaire est relativement facile lorsqu'on est prévenu de la possibilité de cette affection. Elle est ordinairement confondue avec l'arthrite sèche scapulo-humérale.

Le frottement produit par l'arthrite sèche scapulo-humérale

n'a cependant pas le même caractère, il est plus fin, plus rugueux, et se produit surtout dans les mouvements de rotation; le craquement sous-scapulaire est au contraire plus doux, moins râpeux, mais plus saccadé; le bruit en est plus facile à percevoir, enfin il est surtout développé par les mouvements exagérés d'élévation. Ces caractères sont difficiles à bien différencier, aussi malgré l'habitude qui seule peut permettre de juger si les frottements se passent sous la main appliquée sur le moignon de l'épaule, ou bien au contraire, sont produits à une certaine distance, il vaut mieux faire une autre exploration.

Celle-ci est décisive et ne permet aucun doute, puisqu'elle consiste à produire le mouvement exactement nécessaire pour provoquer le craquement. Plaçant la main à plat sur la région postérieure de l'omoplate, on prie le patient de mouvoir en masse l'épaule sur le tronc en laissant le bras immobile et fixé à l'épaule, on sent aussitôt que le craquement et le bruit ainsi produits se passent vers le bord spinal de l'omoplate.

Cette manœuvre est d'autant plus décisive que le patient qui a l'habitude de produire ce craquement sait très-bien quelle est l'attitude du bras et la variété de mouvements nécessaires pour arriver à ce résultat.

Enfin il peut arriver que l'articulation scapulo-humérale soit elle-même le siége de frottements pathologiques, coïncidant avec les craquements; dans ce cas, la double exploration indiquée plus haut servira à juger de la complexité de l'affection.

L'erreur inverse peut également être commise. J'ai vu dernièrement à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil, un malade chez lequel une arthrite sèche scapulo-humérale avait été prise pour un frottement se passant sous l'omoplate.

Cet homme, âgé de quarante-neuf ans, avait fait quelques mois auparavant une chute sur l'épaule gauche. Lorsque la douleur et la gêne qui avaient suivi la contusion furent passées, il sentit un frottement qui se passait dans son épaule. Cette sensation augmenta, s'accompagna bientôt de douleur et de gêne dans son travail, et il vint consulter à l'hôpital.

En plaçant la main sur le moignon de l'épaule et sur la région scapulaire, on percevait nettement des frottements fins, nombreux et bruyants, au moment où le malade faisait mouvoir son bras, et surtout si on en provoquait les mouvements en saisissant

l'humérus et lui faisant exécuter des mouvements de rotation.

Si on fixait l'omoplate exactement sur la poitrine, ces frottements existaient aussi violents qu'auparavant, et semblaient se passer vers la pointe de l'acromion.

Venait-on à immobiliser l'épaule en priant le malade de soulever l'épaule en totalité, de façon à la faire déplacer sur le tronc, le frottement disparaissait. Ainsi donc, toutes les variétés du mouvement démontraient dans ce cas, que l'articulation scapulo-humérale était seule en cause, mais qu'aucun frottement ne se passait sous l'omoplate. Ces quelques exemples suffiront pour faire comprendre la possibilité des erreurs et le moyen d'y remédier.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

Quelques considérations sur l'hygiène des nourrissons pendant les premiers mois de la vie;

Par le docteur Kobryner.

La mortalité des enfants à la mamelle est excessivement grande. Tantôt ce sont des affections congénitales ou héréditaires, tantôt des affections acquises, qui les tuent. Parmi ces dernières, un grand nombre sont dues soit à une mauvaise nourriture, soit à l'observation défectueuse de l'hygiène. Presque toutes les maladies gastro-intestinales, qui enlèvent tant d'enfants, n'ont pas d'autres causes. Aussi les travaux sur l'hygiène de l'enfance sont-ils nombreux, et tous les jours on revient sur ce sujet sans l'épuiser. Tout le monde comprend, en effet, combien le moindre écart dans le régime et la moindre négligence dans l'observation des lois hygiéniques peuvent avoir des conséquences funestes pour un enfant qui vient à peine de naître.

Parmi les règles hygiéniques généralement admises, on insiste beaucoup sur la nécessité de régler les heures des repas des nourrissons. Presque tous les médecins sont maintenant de cet avis, et le public lui-même est convaincu de l'utilité de cette mesure.

Cependant, comme, à l'exception de quelques mères (surtout

des nourrices mercenaires), le plus grand nombre ne suit point encore ce conseil, on peut présumer qu'il est plutôt le résultat du raisonnement ou de l'analogie de ce qui est rationnel à un âge plus avancé, que basé sur l'observation directe. Le champ de la discussion n'est donc pas clos, et si je me permets de reprendre cette question, c'est que, depuis quelques années, en soignant beaucoup d'enfants, j'ai eu occasion de l'étudier d'une manière particulière.

C'est toutes les trois heures d'après les uns, toutes les deux d'après d'autres, plus paternels et plus rationnels, qu'on devrait présenter le sein aux nourrissons.

L'accoutumance de l'estomac à la régularité des repas est certainement une bonne chose, et, à une certaine période de la vie, comme nous le verrons plus loin, elle constitue une des conditions d'une bonne hygiène. Mais n'y a-t-il point de danger à donner une pareille habitude à un estomac qui est encore faible et qui commence à peine à fonctionner? N'est-ce pas un moyen de le rendre délicat et de l'exposer ainsi, au moindre écart, à des troubles digestifs? — Du reste, pourquoi vouloir lutter contre l'instinct naturel de l'enfant et lui faire prendre des habitudes que cet instinct repousse? Pourquoi introduire l'art là où la nature se suffit à elle seule? Pourquoi, enfin, donner à l'enfant des habitudes d'un âge qui n'est pas le sien? Les animaux n'ont pas de pendules ni l'intelligence de régler leurs petits, et pourtant ces derniers ne s'en trouvent pas plus mal ; pourquoi, puisque c'est une question purement animale, ne pas faire comme les animaux?

A mesure que nous avançons en âge, l'habitude de manger, comme on dit, aux heures des repas, a sa raison d'être, parce que plus nous vieillissons, plus nos digestions se troublent, et lorsque nous avons passé la quarantaine, il est rare que nous ne soyons tous plus ou moins dyspeptiques. En effet, les causes qui engendrent l'état dyspeptique sont si nombreuses, que presque personne n'échappe à leur influence. Outre une foule de maladies, tant générales que locales, comme la chlorose, l'anémie, les scrofules, la goutte, la syphilis, les affections organiques du tube digestif, l'atonie de l'estomac, la constipation, les hernies, etc.; le genre de vie, la profession, les excès de toute nature, les préoccupations morales, certaines habitudes, etc., sont autant de causes puissantes de dyspepsie. Dans ces conditions, tout le

monde presque étant dyspeptique, régler ses repas devient une loi hygiénique, générale, indispensable (l'observation clinique le prouve), pour avoir, d'une manière relative bien entendu, de bonnes digestions.

Mais la dyspepsie n'existe point chez l'enfant à la mamelle, et, par conséquent, il est inutile de façonner son estomac à cette espèce de réglementation, et de le rendre ainsi esclave de certaines habitudes, dont la plus légère infraction peut lui troubler les digestions et devenir pour lui une cause de maladie. Car, encore une fois, régler ses repas, à moins d'habitudes déjà prises, n'est indispensable que parce qu'on a de mauvaises digestions, tout comme il est indispensable à celui qui est sous l'influence d'une diathèse rhumatismale, par exemple, de se couvrir de flanelle, et, de même que cette dernière mesure hygiénique n'est qu'individuelle, de même aussi la première ne trouve son application que dans des cas déterminés, et, si l'on faisait moins d'excès en général, si l'on buvait moins d'absinthe ou autres boissons alcooliques, si nos besoins croissants n'augmentaient pas journellement nos soucis et nos préoccupations, en un mot, si nous pouvions nous soustraire aux vraies causes de dyspepsie, cette prescription hygiénique ne serait pas aussi générale qu'elle l'est actuellement.

Mais laissons les comparaisons et les analogies et passons à des faits moins abstraits.

Tout le monde ou plutôt toutes les mères et toutes les nourrices savent que les enfants ne tettent pas toujours la même quantité de lait, et de plus, que chaque repas d'un même enfant n'est pas également copieux. Tantôt, l'enfant ne tette que dix minutes, d'autres fois il reste attaché au sein pendant plus d'une demi-heure. Quoique, dans ce dernier cas, les succions sont moins fortes et moins rapides, il n'en est pas moins vrai que la quantité de lait absorbé est plus grande que dans le premier. En outre, suivant la force de l'enfant et la qualité du lait, le nombre des repas par jour peut aussi varier. Quelquefois le lait est plus aqueux et se digère plus vite. Dans ce cas, malgré la quantité absorbée, l'estomac est bientôt vide, en même temps que le profit nutritif ou, si je puis m'exprimer ainsi, la recette est relativement peu considérable. Dans ces différents cas laisser invariablement les enfants pendant trois heures sans tetter, n'est-ce pas une conduite tout à fait illogique ?

Il arrive souvent que les coliques, qui, dans les premiers mois, tourmentent beaucoup les nourrissons, sont tellement intolérables, qu'elles les empêchent de teter comme il faut. Ils crient, gémissent, se tordent et, lorsque la crise est passée, ils sont tellement fatigués, qu'à peine sont-ils en état d'exécuter quelques faibles succions ; le sommeil les envahit et ils s'endorment. Mais ce sommeil, dû uniquement à la fatigue et à l'impatience, est vite passé; la faim non satisfaite se fait ressentir et, après une demi-heure de repos, quelquefois moins, l'enfant se réveille et redemande le sein. Faut-il, dans ce cas, le laisser attendre jusqu'à l'expiration des trois heures réglementaires ?

Du reste, si le médecin voulait bien observer les nourrices qui suivent scrupuleusement le conseil de réglementation, il verrait que, dans l'intervalle des tetées, elles donnent habituellement aux enfants, pour les empêcher de crier, des petites sucettes, faites de pâtes ou de pastilles de gomme, ou bien de quelque autre ingrédient sucré, lesquelles, tout en les fatiguant par les efforts mécaniques qu'ils sont obligés de faire (efforts qui ne sont point sans danger, puisque des angines en sont souvent les suites), les échauffent, les constipent et leur font en somme plus de mal que n'aurait pu faire un repas de lait de plus.

Mais il y a une raison plus physiologique et plus rationnelle qui condamne cette conduite. Si on ne fait teter les enfants que toutes les trois heures (intervalle trop long pour ces petits êtres), ils sont forcément obligés de prendre à la fois une grande quantité de lait qui surcharge leur estomac, le développe en conséquence et fatigue ainsi ses fibres musculaires, dont les contractions deviennent moins énergiques. Alors, au lieu de rejeter le trop-plein par de simples régurgitations, les enfants ont de véritables vomissements. En effet, par suite des changements que l'estomac vient de subir dans sa contractilité et dans sa capacité, ce trop-plein, ne pouvant plus être expulsé en entier, subit dans cet organe des altérations plus ou moins profondes, les indigestions et les vomissements deviennent fréquents et des gastro-entérites, le plus souvent mortelles, en sont les conséquences. Il est du reste étonnant que ceux qui affirment, avec juste raison d'ailleurs, que l'habitude de manger à de longs intervalles et, par suite, trop à la fois, peut engendrer des dyspepsies, même chez des personnes à estomac très-solide, et qu'il est par conséquent rationnel de manger souvent et peu à la fois, prescrivent en même temps un

régime tout à fait contraire là où ces derniers préceptes devraient surtout être observés, c'est-à-dire chez les enfants dont l'estomac, encore faible et délicat, a besoin, pour ainsi dire, d'apprendre à digérer.

Parmi les enfants que j'ai soignés et qui sont morts de gastro-entérite chronique, il m'a été impossible de trouver, chez quelques-uns, d'autres causes que l'habitude de ne teter que toutes les trois heures. Un exemple frappant des conséquences funestes de cette habitude était offert surtout par une petite fille de deux ans et demi, morte d'une pneumonie intercurrente. Elle était de très-bonne constitution et issue de parents bien portants. Sa mère la réglait pour ses repas et ne la faisait teter que toutes les trois heures. Or, depuis l'âge d'un an, cette enfant digérait mal et était véritablement dyspeptique. On était obligé de la faire manger très-souvent et par petites quantités à la fois ; dès qu'elle mangeait comme tous les autres enfants, elle avait des indigestions.

A quelle cause faut-il attribuer cette dyspepsie? En tenant compte de la bonne constitution de l'enfant, de l'état de santé de ses parents, de l'absence de toute maladie constitutionnelle ou héréditaire, on est obligé d'écarter l'idée d'une dyspepsie symptomatique ou due à un état anormal du suc gastrique, et, en continuant de procéder par voie d'exclusion, on est nécessairement forcé d'admettre une dilatation anormale de l'estomac, dilatation qui a eu pour effet de fatiguer le ressort des fibres musculaires de cét organe, de diminuer l'énergie de leurs contractions et d'exposer ainsi les ingesta à une imprégnation insuffisante du suc gastrique. Or, n'est-ce pas aux repas copieux que l'enfant avait été obligé de faire que nous devons attribuer cette dilatation ?

Pour ce qui me concerne, je crois qu'on devrait présenter le sein à l'enfant chaque fois qu'il a réellement faim. Ce sentiment annonce non-seulement le besoin de prendre des aliments, le besoin de réparation ; il annonce non-seulement la vacuité de l'estomac et la réplétion excessive des glandes à suc gastrique, mais il annonce de plus l'afflux même de ce suc dans la cavité stomacale. En effet, de même que le besoin vénérien, voire même le simple désir, dû à la replétion des vésicules séminales, suffit pour congestionner l'organe générateur et provoquer souvent l'éjaculation, de même aussi le sentiment de la faim, dû à la réplétion des

glandes à pepsine, et, par suite, le désir de prendre des aliments suffisent, sans autre stimulant direct, pour congestionner la muqueuse stomacale et provoquer le suintement du suc gastrique dans le ventricule. Si, dans cet état de l'estomac, le plus favorable d'ailleurs à la digestion, on n'introduit point des aliments dans sa cavité, il se produit, surtout lorsque cet état se répète souvent, une sorte de dyspepsie caractérisée par des régurgitations et même des vomissements acides, avec sensation de brûlure au niveau de l'épigastre et le long de l'œsophage. On peut, *à priori*, admettre que, lorsque les vomissements manquent, le suc gastrique libre passe dans les intestins et y produit des phénomènes semblables à ceux de l'estomac, c'est-à-dire la colique et la diarrhée.

D'après ce que je viens de dire, on voit qu'il est dangereux de ne pas satisfaire la faim, dès que ce sentiment se fait sentir.

Il est vrai que, en réglant les heures des repas, on règle, en même temps, le sentiment de la faim, qui ne se fait sentir alors qu'aux heures habituelles. Mais, pour que l'estomac d'un enfant contracte cette habitude, il faut un certain temps, pendant lequel des gastrites ou des entérites ont le temps de se développer. En effet, s'il est en général facile, quelquefois dans l'espace de quarante-huit heures, d'habituer les enfants aux heures du sommeil, il n'est pas toujours aussi facile de régler les heures de leurs repas. J'ai déjà dit que les mères qui soumettent les enfants à ce dernier régime leur donnent souvent, dans l'intervalle des tetées, de petites sucettes ; or, je dois ajouter qu'il y en a d'autres qui, pour calmer leurs cris, cherchent à les endormir, et qui, à force de les bercer et de les secouer , finissent pour ainsi dire par les étourdir pendant deux ou trois heures. Il en résulte que l'enfant, ayant beaucoup dormi le jour, se réveille plus fréquemment la nuit, souvent même toutes les trois ou quatre heures, et qu'il demande le sein, qu'on ne lui refuse guère, puisque c'est l'heure réglementaire. Il est inutile d'insister sur ce qu'il y a de mauvais dans cette dernière pratique, tout le monde étant d'accord que, dans la nuit, il faut faire teter les enfants le moins souvent possible.

En donnant au contraire le sein aux nourrissons chaque fois qu'ils ont faim, ils dorment moins le jour et beaucoup plus la nuit.

On voit de suite le double avantage qui en résulte, pour l'en-

fant et pour la mère. Je puis citer, entre autres exemples, celui d'une petite fille de huit mois et demi, qui, depuis l'âge de trois mois, ne fait, de huit heures du soir à six heures du matin, qu'un somme. Le long intervalle qui sépare le repas du soir de celui du matin n'a pas ici d'inconvénient, car, sans compter que l'estomac, comme tout autre organe, et plus que tout autre, à besoin de repos, on sait que le sentiment de la faim n'existe pas pendant le sommeil.

Mais s'il est dangereux de mettre trop d'intervalle entre les repas des nourrissons, on fait peut-être plus mal encore en les habituant à teter trop souvent, c'est-à-dire chaque fois qu'ils crient, pleurent, ou ont l'air de chercher le sein. Les cris et les pleurs sont dus, le plus souvent, aux coliques, qui tourmentent beaucoup les enfants dans les premiers mois, et les empêchent de teter suffisamment. D'autres fois ils éprouvent des difficultés pour vomir le trop-plein ; ils tournent alors la tête à droite et à gauche, et ont l'air de chercher le sein en ouvrant la bouche et en agitant les membres. Il faut que la mère sache distinguer ces mouvements de ceux qui sont dus à la faim ; il ne faut pas qu'elle confonde le cri de la douleur avec celui de la faim, ni le besoin de rendre avec celui de prendre. Le médecin devrait donc enseigner aux mères à reconnaître la faim réelle des enfants et leur indiquer le danger qu'il y a à leur donner le sien en dehors de ces moments. Le meilleur moyen de savoir si l'enfant a réellement faim, c'est de lui présenter le bout du doigt ; s'il le saisit avec avidité et le suce pendant quelques instants sans s'agiter, la mère, sans consulter la pendule, peut lui donner le sein.

Le médecin devrait aussi s'attacher à calmer les coliques des petits enfants. Je l'ai déjà dit, ces coliques ont un double inconvénient à part celui de faire souffrir les enfants, elles les empêchent tantôt de teter, tantôt elles trompent les mères, par les cris qu'elles leur arrachent, sur la vraie signification de ces derniers. Ajoutons que, le plus souvent, c'est dans le but même de les empêcher de crier qu'on leur donne le sein.

Je ne ferai pas ici l'exposé des moyens propres à calmer les coliques des nourrissons; ils sont nombreux et les meilleurs échouent souvent. Je me permettrai seulement de dire qu'on devrait surtout insister sur des applications de cataplasmes laudanisés, sur des lavements émollients et des bains tièdes, qui, en

général, valent mieux que l'huile d'amandes douces et les divers sirops.

Contre la constipation, des lavements huileux et des suppositoires au savon suffisent.

En résumé, faire teter les enfants chaque fois qu'ils ont réellement faim, calmer leurs coliques, combattre la constipation : voilà en quoi doit consister, outre les soins que je n'examine pas ici, l'hygiène des nourrissons dans les premiers mois de la vie extra-utérine.

PHARMACOLOGIE

Sur un nouvel emplâtre vésicant ;

Par M. Guyot Dannecy,
pharmacien en chef des hôpitaux civils de Bordeaux.

L'habitude de camphrer les vésicatoires dans le but de soustraire les malades aux accidents causés par l'absorption de la cantharidine, donne lieu journellement à de nombreuses défections. Tous les jours nous sommes témoin que l'application de vésicatoires d'un peu d'étendue et camphrés avec le plus grand soin, provoque des accidents quelquefois très-douloureux ; d'où il ressort bien évidemment que le camphre ne s'oppose nullement aux accidents de l'absorption de la cantharidine. Je viens soumettre à l'appréciation des praticiens une addition bien plus certaine que celle du camphre : c'est l'emploi du bicarbonate de soude ou du carbonate de soude effleuré.

Voici comment je procède :

L'emplâtre vésicant une fois étendu suivant les dimensions indiquées et saupoudré avec un mélange fait à parties égales de carbonate de soude et de cantharides en poudre grossière, on appuie fortement avec la paume de la main pour que la poudre reste adhérente à l'emplâtre ; le tout est ensuite recouvert d'un papier de soie huilé.

Depuis plusieurs années que j'ai adopté cette formule d'une façon exclusive, je n'ai jamais eu à enregistrer une seule plainte, quelle qu'ait été la surface des vésicatoires prescrits, et j'ai con-

staté au contraire une plus grande célérité dans l'action vésicante.

S'est-il formé un cantharidate alcalin? Cette hypothèse est acceptable, elle est même probable ; mais quelle que soit la combinaison qui ait pris naissance, elle ne saurait infirmer un fait incontestable, que l'addition d'un sel alcalin s'oppose aux accidents de l'absorption de la cantharidine.

CORRESPONDANCE

Du traitement des tuberculeux ;

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Je terminais ma première lettre en disant que je me proposais de vous faire connaître, dans celle-ci, mes moyens d'action contre la tuberculose. Mais auparavant qu'il me soit permis de présenter quelques nouvelles observations au sujet de la note de M. le professeur Peter (1).

Après avoir fait l'énumération de quelques agents de la médication interne, l'honorable professeur insiste avec raison sur les moyens hygiéniques, et il continue en disant qu'il lui a été donné d'avoir eu à diriger la santé d'un enfant issu d'une mère qui avait succombé à la phthisie, et qu'en faisant *un petit paysan* de ce même enfant, il l'avait ainsi préservé, jusqu'à l'âge de dix ans, de tout accident maladif (2).

J'ai le regret de dire que ce fait n'est pas probant, parce que, en effet, rien ne démontre que cet enfant, bien qu'issu d'une souche tuberculeuse, fût fatalement condamné à le devenir. D'ailleurs, ce n'est pas à dix ans que la phthisie éclate, c'est à

---

(1) Permettez-moi aussi un mot de réponse aux notes de la rédaction relatives à ma première lettre. Personne n'a pu se méprendre sur le nom de l'auteur des *Etudes sur la phthisie*, c'est assurément le docteur Pidoux que je visais; que de fois n'ai-je pas répété sa phrase déjà ancienne et pour le combattre! Quant à l'expression « inanitiation », qu'elle soit de Chossat ou de tout autre, cela ne détruit en rien l'épithète dont je me suis servi pour la qualifier, et d'ailleurs personne n'ignore que les sciences ont la plus grande liberté d'action dans le choix du langage. Enfin, je relèverai une erreur d'impression à la seconde page; au lieu de *quatre facteurs* morts de phthisie sur 15 000 employés, lisez : *quatre poseurs*. Le poseur est l'employé préposé à l'entretien et à la réfection de la voie.

(2) La phrase du professeur Peter est ainsi imprimée (*Bull. de Thérap.*, p. 434) : « J'ai réussi, *pendant dix ans*, à préserver cet enfant de tout accident maladif, » ce qui ne veut pas dire du tout que les accidents tuberculeux aient commencé à l'âge de dix ans.

(*Note de la rédaction.*)

l'époque de l'adolescence, et le même résultat aurait pu se produire sans prendre aucune précaution. Et, en effet, si tous les facteurs tuberculeux donnaient invariablement et fatalement naissance à des produits de même nature, les dernières heures de l'humanité seraient comptées.

Admirablement placées pour voir beaucoup de malades, et dans leurs cabinets, et dans les services nosocomiaux, nos célébrités de la métropole sont par cela même dans les conditions les plus défectueuses pour suivre, dans la famille et dans la race, la filiation des maladies. Nous autres, médecins de petite ville ou médecins ruraux, nous vivons au milieu de nos malades qui deviennent souvent nos amis ; nous les suivons dans les ascendants aussi bien que dans les descendants, et, mieux que personne, nous pouvons suivre pas à pas et jour par jour la filiation de toutes leurs maladies, qu'elles soient héréditaires, contagieuses ou spontanées. Ainsi nous voyons tous les jours naître d'un père ou d'une mère phthisique un, deux, trois, quatre ou cinq enfants ; les cas dans lesquels tous ces enfants sont emportés par la phthisie constituent une très-grande exception. Le plus ordinairement il y en aura un sur trois ou deux, si vous le voulez, ce qui est rare, les autres jouissant de tous les attributs d'une belle santé et se conservant tels sans suivre aucun régime, je dirai plus : sans prendre aucune précaution spéciale.

J'ai tous les jours sous les yeux deux enfants, garçon et fille, issus d'une mère morte, à Pau, de phthisie quelques mois après avoir mis au monde son second enfant, qui était la fille. Or, celle-ci a vingt-deux ans, celui-là a vingt-sept ans ; l'un et l'autre n'ont jamais été malades et se portent très-bien sans qu'on ait pris pour eux aucune précaution. Il y a plus : j'ai vu une dame phthisique donner naissance à une enfant qui succombe à l'âge de trois ans à une méningite tuberculeuse ; cette dame communique la phthisie au mari, dont la constitution était herculéenne, et, dans ces doubles conditions néfastes, il naît une seconde petite fille ; aujourd'hui cette enfant a onze ans, elle est magnifique de santé, n'a jamais été malade, et cependant n'a été soumise à aucun régime ; il est vrai qu'elle habite ordinairement un pays qui est situé à plus de 1 000 mètres au-dessus du niveau de la mer.

Ces réserves faites, voici les moyens que nous opposons à la tuberculose. Ils sont de deux sortes :

1° Médication interne ou locale si l'on veut ;

2° Médication hygiénique ou externe.

A. *Médication interne ou locale.* — Aux moyens indiqués par M. le professeur Peter : huile de foie de morue, vin de quinquina, petits vésicatoires volants, badigeonnages avec la teinture d'iode, j'ajouterai :

1° L'huile de pied de bœuf préparée chez soi à la manière d'un pot-au-feu. Cet agent réussit admirablement chez ceux qui ont une répugnance invincible pour l'huile de poisson, ou qui ne peuvent plus supporter cette dernière ;

2° Le suc de cresson de fontaine préparé, non pas dans les officines et pour cause, mais chez soi, à la dose de 80 à 180 grammes, pris à jeun en deux fois à demi-heure d'intervalle (Gendrin), et en donnant, immédiatement après chaque dose et suivant les indications, tantôt un verre à liqueur de vin de gentiane, tantôt une grande cuillerée de sirop antiscorbutique ou, pour les estomacs délicats et les enfants, une cuillerée de sirop de Portal. Cette médication doit être suivie pendant plusieurs semaines à la fin de l'automne ou au commencement du printemps, suivant les résultats obtenus ;

3° Le *tartre stibié*, pris avant ou après la médication précédente à dose réfractée, suivant la méthode de feu le docteur Bricheteau, de l'hôpital Necker. Cet agent rend les plus grand services. Voici quelques formules :

Tartre stibié..................	5 centigrammes.
Eau de fontaine..............	150 grammes.

Faire prendre tous les matins une grande cuillerée avant le premier déjeuner.

Je prescris souvent la formule suivante :

Tartre stibié....................	5 centigrammes.
Sucre de lait....................	8 grammes.

Divisez en 12 prises ; une tous les matins dans un peu d'eau sucrée.

Pris de cette façon et sous cette forme, c'est un des meilleurs fondants, un des plus puissants résolutifs des lobules pulmonaires chroniquement congestionnés. La tolérance s'établit dès le deuxième ou le troisième jour, et alors l'appétit se réveille, l'expectoration est plus facile, les bronches et les cavernes se vident, la respiration acquiert une ampleur et une étendue inaccoutumée, la constipation disparaît ;

4° *Arsenic.* « Quelques jours par mois, 4 à 5 milligrammes d'arsenic », ainsi s'exprime le professeur Peter. Nous trouvons cette dose trop minime. L'arsenic est, dans l'état actuel de la science, le seul agent, le seul corps simple qui paraisse avoir quelque prise sur le tubercule. D'abord, c'est un médicament d'épargne, il refrène la désassimilation et paraît agir contre le tubercule lui-même. Voici une formule qui, tous les jours, me rend de grands services :

Acide arsénieux................	50 milligrammes.
Fleur argentine d'antimoine....	20 centigrammes.
Extrait de brou de noix........	10 grammes.
Poudre de réglisse............	Q. S.

F. S. A. 50 pilules, une pilule par jour, ordinairement le matin à jeun. Suspendre en cas de diarrhée, qu'il faut éviter à tout prix.

Les granules de Dioscoride, admirablement acceptés et tolérés par les malades, rendent les plus grands services dans certains cas déterminés. On les donne à la dose de 1, 2, 3, 4 et jusqu'à 5

par jour, en deux fois et cela pendant au moins un mois ; puis on suspend pour reprendre plus tard. Ces granules ravivent l'appétit et ralentissent le mouvement fébrile, s'il existe ; car, pour le dire en passant, il n'y a pas que les malades apyrétiques, ainsi que le dit M. le professeur Peter, contre lesquels nous pouvons quelque chose. Les tuberculeux fébricitants et qui ont guéri, je ne les compte plus, mais il est très-exact de dire que nous sommes d'autant plus puissant qu'il y a peu ou point de fièvre ;

5° Médication lactée. De temps immémorial le lait de brebis, d'ânesse et de jument ont été administrés aux phthisiques, mais pour nous cette médication n'est qu'un passe-temps agréable pour le patient. Il n'en est pas de même du lait de chèvre de M. A. Latour : aux 30 grammes de sel marin conseillé par ce médecin et incorporé à la nourriture de la chèvre, nous associons 20 grammes de poudre de phosphate de chaux et 5 milligrammes d'acide arsénieux ; le malade doit boire 1 litre ou 1 litre et demi de ce lait pris à la température originelle, et cela dans les vingt-quatre heures. Ce régime ne convient point aux formes torpides, mais bien à celles dites *érétiques* ou entées sur de vigoureuses constitutions sanguines. Nous donnons depuis huit ans des soins à une dame polonaise à laquelle le docteur Chevalier avait conseillé l'usage abondant du lait de vache ordinaire ; cette patiente malade, passionnée du désir de vivre, n'a pas cessé depuis tant d'années de boire du lait et elle le boit encore à ses repas à la place de vin. Or, elle portait une vaste caverne sous la clavicule droite. Depuis trois ans cette caverne est complétement cicatrisée et, depuis cette époque, il n'y a plus ni crachats, ni toux ; un embonpoint et une fraîcheur qui éloignent toute espèce d'idées d'une maladie profonde et grave antérieure. Cette dame passe constamment les étés au Mont-Dore, où nous l'avons encore revue cette année. « Mon lait et mes eaux du Mont-Dore, voilà ce qui m'a sauvée » ; et elle revient sans cesse quoique nous lui disions que cela n'est plus nécessaire;

6° Aux révulsifs déjà connus, j'ajoute le vésicatoire dit *perpétuel* de Janin, qui épargne des douleurs aux malades, douleurs qu'il faut toujours savoir éviter. En voici la formule :

Mastic......................	18	grammes.
Oléo-résine de térébenthine...	18	—
Euphorbe...................	3	—
Emplâtre diachylon..........	3	—
Cantharides.................	6	—

Cet emplâtre ne se lève pas, il sèche sur place.

7° Pendant la saison froide, je fais porter des caleçons de flanelle ; ce vêtement est également précieux à l'homme et encore plus à la femme. Quant aux moyens hygiéniques, qui jouent le plus grand rôle dans la médication antituberculeuse, je les exposerai dans une troisième communication.

Dr MASCAREL,
Médecin aux Eaux du Mont-Dore.

BIBLIOGRAPHIE

De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations au point de vue physiologique, clinique et thérapeutique, par le docteur MASSE, professeur agrégé de la Faculté de Montpellier. Delahaye, éditeur, 1878.

Donner une analyse complète d'un travail aussi complet et aussi personnel que celui de M. Masse, est certainement chose impossible. Qu'il nous suffise donc de signaler l'idée principale qui domine cet ouvrage, pour faire comprendre au lecteur quel est le but que s'est proposé l'auteur.

M. Masse part de ce principe : « L'étude des positions de repos des articulations nous fournit le moyen de déterminer les meilleures attitudes pour les membres, lorsque nous sommes décidés à modifier leurs positions. Nous choisirons les attitudes de repos, qui sont les meilleures pour la guérison des maladies articulaires, toutes les fois qu'il n'y aura aucun danger de voir ces attitudes se transformer par ankylose en attitudes fixes.

« Le danger d'une ankylose peut nous décider à reléguer l'influence de l'attitude du repos au second plan, pour choisir l'attitude la plus utile au malade pour l'usage le plus important du membre. »

Cette citation indique immédiatement la tendance de l'ouvrage, qui se divise en deux parties.

La première est consacrée à l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations au point de vue physiologique. C'est l'idée de Bonnet, complétée et remaniée avec de nouveaux détails.

La seconde partie traite de l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations au point de vue clinique et thérapeutique.

De la fièvre jaune à la Martinique, par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, médecin en chef de la marine. Chez A. Delahaye.

Déjà M. Féraud a publié une histoire de la fièvre jaune au Sénégal. Appelé par le hasard du service à la Martinique, il a pu y étudier une épidémie de cette terrible maladie ; c'est le résultat de ses observations qu'il offre au public médical.

La fièvre jaune est à l'ordre du jour et l'étude qu'en a faite M. Bérenger-Féraud est rendue encore plus intéressante par la connaissance des désastres récents arrivés en Amérique. Le livre de M. Féraud est une monographie compacte où l'étiologie et la thérapeutique sont traitées d'une façon particulièrement complète.

Certes, l'auteur n'a pas résolu la question médicale soulevée par ces fléaux jusqu'ici impossibles à détourner de nous, mais il lui a du moins fait faire un grand pas en posant nettement le problème.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 16, 23 et 30 décembre 1878 ; présidence de M. Fizeau.

Sur les dangers de l'emploi du borax pour la conservation de la viande et sur les raisons pour lesquelles certaines substances font perdre à la viande ses propriétés nutritives. — Note de M. G. Le Bon.

Plongée quelques heures dans une solution de borax pur, ou simplement entourée de borax en poudre, la viande se conserve sans altération pendant un temps fort long ; mais, lorsqu'on l'emploie comme aliment après quelques semaines, cette viande produit des troubles intestinaux qui ont obligé à renoncer à son emploi. Le borax, pris à petites doses répétées, est une substance toxique, dont l'usage dans la conservation des substances alimentaires me paraît devoir être sévèrement proscrit. M. Peligot avait déjà signalé, du reste, l'influence toxique du borax sur les végétaux. J'ajouterai que diverses compagnies, qui avaient commencé à faire usage du borax en Amérique, pour la conservation de la viande, ont dû renoncer à son emploi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 17, 24 et 31 décembre 1878; présidence de M. Baillarger.

Ostéomyélite. — M. Panas, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Richet et Gosselin, lit un rapport sur un travail de M. Lannelongue, intitulé : « De l'ostéomyélite pendant la croissance ».

M. Lannelongue admet toujours une origine médullaire pour l'ostéomyélite et se refuse à admettre que jamais le périoste puisse devenir primitivement malade. En conséquence, il préconise une trépanation hâtive pour pénétrer dans le canal médullaire, alors qu'il s'agit d'un os long, pour donner issue au pus formé, etc. M. le rapporteur est d'accord avec lui sur l'utilité de cette méthode thérapeutique, mais tout en maintenant l'existence possible d'un double foyer d'irradiation phlegmasique, à savoir, le périoste d'une part, et la moelle endostale surtout au voisinage du cartilage épiphysaire d'autre part, c'est-à-dire les tissus les plus vasculaires et ceux qui possèdent la plus grande activité nutritive dans les os.

Comme cause première, M. Lannelongue invoque l'irritation physiologique qui préside à la naissance des os, aidée souvent dans son action par de mauvaises conditions hygiéniques et surtout par le froid humide, avec combinaison ou non d'un coup direct porté sur la région.

M. Panas remarque que c'est là ne pas sortir des généralités, et il croit possible de rendre compte des diversités d'allures de l'affection, en admettant que, toujours identique dans son essence, elle doit la gravité si grande qu'elle a parfois, les accidents septicémiques ou typhiques qui la compliquent, à une septicémie ou intoxication du sang lui-même.

M. Panas admet une infection primitive du sang par des germes qui ont pu pénétrer par les diverses surfaces muqueuses dans les cas où l'ostéomyélite amène des accidents putrides sans que la putridité soit causée localement par l'action de l'air sur la moelle de l'os mise à son contact.

Pour éviter cette décomposition putride de la moelle et les accidents infectieux qui en résultent, en cas de trépanation de la moelle, M. Panas

conseille de se servir de la méthode antiseptique. Après être entré dans des détails pratiques assez minutieux sur les indications à remplir durant les diverses périodes de cette maladie, M. le rapporteur conclut en proposant, au nom de la commission :

1° D'adresser des remercîments à l'auteur ;

2° De renvoyer son travail au comité de publication.

M. Colin. M. le rapporteur a parlé de l'influence du contact de l'air sur la moelle des os, comme cause d'infection putride. M. Colin déclare avoir fait de nombreuses expériences dans lesquelles il a, sur divers animaux, exposé le canal médullaire au contact de l'air, et jamais il n'a vu se produire d'accidents sérieux de septicémie, bien que ces animaux fussent exposés à l'air impur des étables. Il ne suffit donc pas qu'il y ait contact de l'air impur avec la moelle des os pour que la septicémie se produise ; il faut encore une autre cause, inconnue, il est vrai, mais qui pourrait bien être la mort des éléments anatomiques qui se décomposent ensuite indépendamment du contact de l'air. Dans l'opération dite « du bistournage », qui consiste dans la tortion du cordon testiculaire, il ne se produit jamais d'accidents putrides. Mais, si l'on froisse fortement le testicule sans entamer pourtant la peau du scrotum, on voit se produire des phénomènes de gangrène, et l'animal meurt d'accidents septiques. Donc des accidents septiques peuvent se produire sans le contact de l'air. Par opposition, M. Colin a fait d'autres expériences dans lesquelles il a exposé au contact de l'air des plaies faites à des animaux, et il n'a pas déterminé la septicémie.

M. Jules Guérin dit qu'il est, depuis longtemps, parfaitement établi que les opérations pratiquées sur des tissus sains, quels qu'ils soient, ne donnent jamais lieu à des accidents, à la condition qu'elles soient pratiquées à l'abri du contact de l'air. Mais si, dans certaines circonstances, il se mêle à l'opération des éléments hétérogènes, si, par exemple, les tissus divisés sont mis en contact avec des éléments antipathiques de l'économie, il se produit alors des phénomènes de suppuration ou de putréfaction, même à l'abri du contact de l'air. Il importe donc de ne pas confondre les diverses données de la question dont il s'agit, et de reconnaître que, si des accidents se produisent dans ces opérations faites à l'abri du contact de l'air, c'est que des éléments antipathiques ont été mêlés accidentellement aux tissus divisés, détritus de tissus, éléments morts, qui peuvent devenir le point de départ de phénomènes de septicémie.

M. Bouley dit qu'il faut établir en principe absolu que, lors même que les tissus sous-jacents à la peau ont subi les altérations les plus graves, pourvu que celle-ci reste intacte et que les tissus mortifiés soient à l'abri du contact de l'air, ces tissus se nécrosent, mais ne se putréfient pas. Ainsi, dans l'opération du bistournage, les tissus subissent des meurtrissures, se « nécrobiosent », meurent sur place, mais ne sont le siége d'aucun phénomène de putréfaction si ce n'est dans des cas exceptionnels dont il faudrait déterminer les conditions inconnues.

M. Bouillaud rappelle qu'il existe une loi générale, absolue, sortie jusqu'ici victorieuse de toutes les attaques, loi en vertu de laquelle la présence de l'air est absolument indispensable pour qu'il s'établisse un travail de putréfaction proprement dite dans une partie de l'organisme frappé de mort. Quel que soit le mode qui préside à la putréfaction, qu'elle soit due à des germes ou à d'autres conditions, le contact de l'air est indispensable à sa production.

Qu'il s'agisse d'organes extérieurs ou d'organes internes, toujours la présence de l'air préside aux accidents de putridité, de septicémie. Il est remarquable de voir les mêmes maladies, suivant que les organes qui en sont affectés sont exposés ou non à l'action de l'air, présenter ou ne pas présenter les accidents de la septicémie.

On pourrait parcourir tout le cadre des maladies inflammatoires et des pyrexies, toujours on trouvera, comme M. Bouillaud l'avait annoncé dès l'année 1826, au début, pour ainsi dire, de sa carrière médicale, que partout où existe un élément fermentescible, principalement dans les affections gastro-intestinales, peuvent se produire des accidents de septicémie, de putridité.

M. Chauveu dit qu'il a pratiqué maintes fois le bistournage, de manière à détacher complétement le testicule du cordon, et séparer ainsi l'organe de toutes les connexions vasculaires ; or, dans ces conditions, « jamais, jamais » il n'a vu se produire des phénomènes de putréfaction. Il est allé encore plus loin, il a empêché, par diverses manipulations répétées pendant une quinzaine de jours, le testicule de contracter des adhérences avec les parties voisines, de se greffer pour ainsi dire sur elles ; alors, il s'est formé seulement un vaste abcès scrotal, dans lequel flottait le testicule ; mais il n'y avait pas de putréfaction.

La septicémie ne s'est produite que dans le cas où M. Chauveau, préalablement, à l'opération du bistournage, injectait, dans le sang de l'animal, des liquides contenant quelques éléments septiques.

M. Gosselin rappelle qu'il a, le premier, en 1858, dans un mémoire sur les ostéites épiphysaires des adolescents, formulé la question traitée par M. Lannelongue, dans le travail dont M. Panas a rendu compte avec des éloges bien mérités.

M. le rapporteur a formulé quelques réserves sur deux points : 1° le début constant de l'ostéite en question par la moelle ; 2° l'opportunité du trépan.

M. Gosselin s'associe à ces réserves et, sur le premier point, il va même jusqu'à la critique formelle.

La vérité est que, quand un os se prend d'ostéite aiguë sur un jeune sujet, nous ne savons qu'une chose, c'est que toutes ses parties constituantes deviennent malades à la fois. D'ailleurs, la question du point de départ est sans aucun intérêt tant que l'ostéite est à sa première période, hyperémique, plastique et hypertrophique. Cette distinction ne deviendrait utile qu'à la période de suppuration ; mais, dans les cas de beaucoup les plus fréquents, l'ostéite est alors générale, et elle reste telle, même si la suppuration se circonscrit sur un point, l'inflammation restant ailleurs à l'état hyperémique et plastique.

M. Gosselin repousse donc la dénomination d'ostéo-myélite ; il prouve que ce nom est tout aussi impropre que celui de « périostite phlegmoneuse », alors qu'il s'agit d'une maladie qui se termine par suppuration, non-seulement au-dessous du périoste, mais dans toute l'épaisseur du tissu compacte, dans la ligne interépiphyso-diaphysaire, dans le canal médullaire, dans l'articulation voisine. Ce n'est pas donner un argument favorable à la thèse de l'auteur que de dire : Il y a de la substance médullaire dans toutes les parties constituantes de l'os ; il y en a sous le périoste, dans les canalicules de Havers, dans le tissu spongieux comme dans le canal médullaire. En effet, le même raisonnement pourrait être fait pour les vaisseaux sanguins, le tissu conjonctif qui les accompagne, la trame osseuse elle-même, qui sont partout dans l'os. Tous ces éléments se trouvent affectés dans les ostéites de l'adolescence, et s'il était permis d'appeler ostéomyélites ces maladies des os pendant la croissance, sous prétexte qu'il y a un peu de moelle partout, il faudrait employer la même expression pour toutes les inflammations des os.

M. Gosselin croit donc que le mieux est de conserver le nom d'ostéite épiphysaire donné par lui à ce genre d'ostéite.

Quant à la seconde innovation de M. Lannelongue, la trépanation pour les cas où l'ostéite épiphysaire a pris la forme suppurante du côté de la moelle, M. Gosselin félicite largement l'auteur. Cette forme est la plus rare de toutes, mais elle est tellement grave, qu'on ne saurait trop faire pour en conjurer les dangers, et M. Lannelongue invoque un succès. Il est à regretter seulement que le diagnostic soit si difficile dans la plupart des cas. Mais dans les cas les plus communs, la suppuration arrive seulement sous le périoste et dans les couches superficielles, et la trépanation ne peut convenir.

En définitive, ces ostéites aiguës de l'adolescence sont graves, surtout par la suppuration ; quand celle-ci envahit d'emblée toutes les parties constituantes de l'os, la gravité est aussi grande que possible.

Septicémie. — M. Colin, appelé à la tribune pour la continuation de la discussion sur la septicémie, ouverte à l'occasion du rapport de M. Panas

sur l'ostéomyélite, donne lecture de la première partie d'un travail que nous regrettons de n'avoir pas trouvé au secrétariat, ce qui nous oblige à en renvoyer l'analyse au compte rendu de la prochaine séance, lorsque M. Colin aura terminé sa lecture.

M. Jules Guérin demande à présenter une courte observation au sujet du remarquable travail de M. Colin. Il lui a semblé que l'auteur, en présentant comme une objection à la théorie des germes la rareté relative de la fièvre puerpérale, qui devrait, suivant lui, si la théorie était vraie, se manifester habituellement après l'accouchement, n'a pas tenu assez compte du retrait de l'utérus qui suit l'expulsion du fœtus, et qui appliquant l'une contre l'autre les parois de la cavité, convertit la surface de celle-ci en une cavité close, ou, si l'on veut, en une plaie sous-cutanée. Or, dans les épidémies de fièvre puerpérale, par suite des conditions morbides particulières, le retrait de la cavité utérine ne se fait pas, ou se fait d'une manière incomplète, ce qui, plaçant l'organe dans les conditions des plaies exposées, ouvre une porte d'entrée à l'intoxication septicémique.

M. Colin répond que le phénomène auquel M. Jules Guérin fait allusion se produit, en effet, dans certaines limites, mais jamais d'une manière complète; le retrait de la cavité utérine laisse béant un certain espace qui permet, chez la vache en particulier, d'introduire facilement la main et le bras jusque vers les cornes de l'organe, et de reconnaître ainsi que les parois de la matrice ne sont pas en contact. Le col utérin surtout reste plus ou moins béant, et cela plusieurs jours après la parturition; à certains moments, il semble se dilater et être animé d'un mouvement d'aspiration qui permet à l'air de pénétrer dans sa cavité. Le phénomène de la putréfaction semblerait donc, au point de vue de la doctrine des germes, devoir se produire d'une façon habituelle; or, il n'a lieu qu'exceptionnellement, bien que la membrane muqueuse de l'utérus présente, pendant environ sept ou huit jours après la parturition, une cavité d'absorption très-favorable à la pénétration des germes. Il faut donc admettre qu'il y a, en dehors de l'influence du contact de l'air, des conditions particulières de milieu qui se réalisent habituellement, et sur lesquelles M. Colin se propose d'appeler l'attention de l'Académie dans sa prochaine communication.

M. Bouillaud, après avoir adressé quelques critiques à M. Colin sur sa dernière communication, résume sa manière de voir relativement à la question de la putréfaction, par les conclusions suivantes :

1° La question de la putréfaction, examinée sous le rapport de sa « genèse », comprend plusieurs éléments, parmi lesquels celui de l'influence de l'air est assurément un des plus considérables ;

2° Pour que les substances de l'organisme puissent éprouver la fermentation septique, il faut préalablement, selon la doctrine universellement reçue jusqu'ici, qu'elles aient été « mortifiées, gangrenées »! Il importe de ne pas confondre les caractères de cet état préalable de gangrène ou de mortification avec ceux propres à la décomposition putride qui peut ensuite s'en emparer ;

3° Elles ne se putréfient « réellement » que dans les cas où, par une voie ou moyen quelconque, elles se trouvent soumises à l'action des ferments « spécifiques » dits, en raison même de cette action « putrides » ou « septiques », dont M. Pasteur, le premier, a fait une espèce d' « êtres organisés », et qu'il a désignés par un nom qui leur est propre ;

4° Pour que l'air, en particulier, puisse exercer sur les substances de l'organisme elles-mêmes, ou sur quelques-uns de leurs produits, un pouvoir « putrigénique », il est nécessaire que ces substances ou ces produits soient préalablement privés de vie, et qu'ils renferment les germes ou ferments spécifiques de la décomposition septique ou putride ;

5° Mais est-il suffisamment démontré que nulle partie organique ne pourrait, au contact de l'air pur ou « normal » éprouver le travail de la fermentation ou de la décomposition putride ! Il semble bien qu'il en soit ainsi, en présence de ces merveilleux appareils au moyen desquels des matières animales, séparées du corps vivant (sang, muscles, urines, etc.), préservées de la présence des ferments spécifiques de la putréfaction, mais

non de celle de l'air, convenablement « expurgé », sont conservées pendant un temps indéfini, indemnes de toute septicité.

Mais il ne faut, je l'avoue, rien moins que ces belles expériences et la grande autorité de leur illustre auteur pour que les cliniciens les plus consommés en médecine comme en chirurgie puissent admettre dès aujourd'hui, sans aucune réserve, que jamais une matière animale, soit solide, soit liquide, une fois privée de vie, ne puisse jamais, au contact de l'air ordinaire, pur ou normal, éprouver un travail de décomposition putride. Espérons que le jour n'est pas éloigné où la nouvelle doctrine passera de l'état encore militant à celui de « triomphant », sans nulle conteste.

Elections. — Le Bureau pour 1879 est ainsi constitué : M. Richet est nommé président ; M. H. Roger, vice-président ; M. Bergeron, secrétaire annuel ; M. Béclard, secrétaire général.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 18 et 25 décembre 1878 ; présidence de M. Guyon.

Rétrécissements congénitaux du rectum. — M. Després. Dans les livres classiques il n'y a rien, au chapitre rétrécissement du rectum, qui ait trait au rétrécissement congénital. On n'en parle qu'au sujet de l'imperforation de l'anus ; il n'y a rien sur ce point dans les ouvrages étrangers.

Dans un récent mémoire, M. P. Reynier a constaté que le rétrécissement congénital du rectum n'avait été admis que parce que l'on ne trouvait pas d'autre cause. M. Reynier admet une chose qui me paraît contestable : il admet que les rétrécissements sont constitués par la muqueuse seule. La muqueuse se meut librement sur le rétrécissement, les rétrécissements sont formés par la portion fibreuse du conduit.

J'ai observé à l'hôpital un malade qui avait de la dysenterie depuis longtemps et qui avait des hémorrhoïdes. Je trouvai un rétrécissement qui ne pouvait laisser passer mon doigt. Je ne trouvai chez lui aucun antécédent ; le malade n'avait jamais été gêné pour aller à la garde-robe. La muqueuse était intacte au niveau, au-dessus et au-dessous du rétrécissement. Je fus frappé de la saillie du raphé périnéal ; cela me parut être un trouble de développement parallèle à celui du rectum. En effet, un vice de développement sur un point doit faire chercher les autres vices de développement qui peuvent exister sur le même individu. Mon malade est sorti de l'hôpital guéri de sa dysenterie.

J'ai demandé à ce malade si les matières qu'il rendait par le rectum étaient semblables à celles des autres hommes ; cet homme avait bien remarqué que ses matières étaient plus petites que les autres, ce que nous avons pu vérifier après cela.

Taille vésico-vaginale suivie de suture bimédiane chez une femme, par M. Pilate, d'Orléans ; rapporteur, M. Delens. — Cette opération a été suivie d'une guérison complète constatée au bout de dix jours, et qui ne s'est pas démentie.

Kyste multiloculaire complexe de la région axillaire enlevé chez un enfant de deux ans et demi, par M. Pilate ; rapporteur, M. Delens. — Après l'opération, on constata que cette tumeur était essentiellement kystique, renfermant dans ses cloisons des éléments cartilagineux. On a enlevé des tumeurs de ce genre sur les parois thoraciques. M. Pilate pense que la présence de cartilage dans les cloisons peut donner des doutes sur la nature réellement bénigne de cette tumeur. L'ablation est d'ailleurs le seul traitement à employer.

Cette tumeur avait été constatée dans le premier mois qui a suivi la naissance.

M. Panas. Je crois que M. Pilate a eu affaire à une tumeur congénitale. J'ai présenté ici, il y a un an, une tumeur coccygienne dans laquelle nous avons constaté les mêmes éléments ; j'ai émis cette idée que sans doute il s'agissait là d'un germe avorté. Il en était peut-être de même dans la tumeur de M. Pilate. En admettant cela, il faudrait écarter toute idée d'une malignité quelconque.

Cette année, un médecin italien a publié un cas du même genre ; dans cette tumeur il a trouvé de l'épithélium cylindrique à cils vibratiles comme s'il y eût eu là un simulacre de voies aériennes.

M. Guyon. A propos du premier travail de M. Pilate, fait lui-même, à propos d'une présentation que j'avais faite à la Société, je crois utile d'annoncer que je viens de répéter chez une femme cette même opération.

Un cathétérisme, quoique très-simple, fut l'occasion d'un accès fébrile qui dura une huitaine de jours, j'ai donc été conduit à faire la taille. J'ai modifié quelque peu la méthode que j'avais employée la première fois, j'ai fait sur la ligne médiane une incision par ponction et, à l'aide du lithotome, j'ai extrait la pierre, et, avant de faire la suture, j'ai enlevé avec soin la muqueuse vésicale avec des ciseaux. A travers cette membrane, j'ai vu la vessie rouge, fougueuse et couverte de petites fausses membranes comme dans la cystique chronique, j'ai fait cependant la suture, et au bout de quelques jours j'ai retiré la sonde à demeure que la malade supportait difficilement. Il n'y a pas eu de fièvre ; le onzième jour, la plaie était complétement cicatrisée. Il n'y a eu perte d'aucune goutte d'urine. La malade a été guérie en onze jours de son calcul, de sa cystite et de son mauvais état général.

Ovariotomie.—M. Terrier. Une jeune fille de vingt-cinq ans avait été toujours menstruée d'une façon irrégulière ; au mois d'avril 1876, elle fut prise de douleurs du côté du ventre avec symptômes de péritonite. En 1876, elle eut de l'ascite ; deux ponctions furent faites au mois d'août et au mois de novembre de cette année. Le médecin eut l'idée de lui faire une injection de teinture d'iode dans le ventre ; on lui fit de même une troisième, une quatrième et une cinquième ponction avec injection iodée, suivie de péritonite. En 1860, cette malade fut envoyée à M. Pozzi qui, pour faciliter le diagnostic, fit une nouvelle ponction. Le liquide fut examiné au point de vue chimique et au point de vue histologique.

Les intestins descendaient jusqu'au niveau de l'ombilic ; au-dessous, il y avait une matité absolue. La tumeur paraissait adhérente à l'utérus. Nous étions un peu embarrassés au point de vue du diagnostic. Nous proposâmes cependant l'opération. Celle-ci fut faite au mois de septembre par M. Pozzi avec mon aide. Après avoir ouvert le péritoine par l'ouverture de la ligne blanche, on voyait une masse qui avait absolument l'aspect d'un chou-fleur. Toutes les anses intestinales étaient au-dessus agglutinées les unes avec les autres, sans doute à cause des injections iodées faites par le médecin.

La tumeur remplissait complétement la cavité pelvienne, mais sans être adhérente en aucun endroit, je pus la séparer en deux, de sorte qu'il y avait une tumeur du côté gauche et une tumeur du côté droit : je pus énucléer et enlever la tumeur de gauche. La droite était plus difficile à enlever ; enfin nous pûmes la faire basculer en avant.

Pour fermer la plaie, les pédicules étant beaucoup trop courts, nous fûmes obligés de faire des ligatures perdues avec du catgut. Grâce à ce procédé, nous avions une cavité parfaitement libre qu'il était très-facile de nettoyer, mais qui n'était pas remplie par les intestins, agglutinés et retenus en haut. Nous établîmes un drain par le vagin et la partie inférieure de la plaie.

Les suites de l'opération furent relativement très-bénignes. Les premiers jours il s'écoula une quantité considérable de liquide séreux. Peu à peu les intestins vinrent reprendre leur place. Au bout d'une dizaine de jours le drain put être retiré. Au bout de deux mois la malade a pu retourner chez elle.

On a enlevé les deux ovaires, et cependant cette jeune femme a eu deux fois ses règles.

M. L. Championnière. M. Wells a fait une opération un peu analogue ; il a fait de même le drainage, mais il l'a fait directement. Le drainage par la cavité vaginale paraît entraîner parfois des suppurations du petit bassin.

M. Panas. L'année dernière, j'ai eu l'occasion de pratiquer une ovariotomie en ville avec la méthode antiseptique. J'ai dû laisser le pédicule dans l'abdomen, et partant de cettte idée que beaucoup de cas de mort sont dus à des épanchements de liquide dans le péritoine, j'ai cru bon de faire le drainage de cette cavité. Mon tube à drainage plongeait dans l'excavation pelvienne : par ce drain il s'écoulait constamment du liquide ; chaque jour le tube était retiré, nettoyé, replacé, et je faisais par ce tube des injections d'acide phénique. Il n'y a pas eu de fièvre. Je crois qu'il faut faire dans l'abdomen ce que nous faisons pour nos amputés ; il vaut mieux laisser un drain que fermer complétement la plaie. Je crois aussi qu'il vaut mieux faire le drainage direct de haut en bas que faire passer le tube par le vagin.

M. Boinet. Je crois que, lorsqu'il s'agit du drainage, il faut faire de grandes distinctions, toutes les fois qu'il n'y a pas de lésion du côté du péritoine et du petit bassin, ce n'est pas la peine.

J'ai opéré trois malades qui ont guéri de leur ovariotomie, mais au bout de quinze à dix-huit mois, les malades ont succombé à une reproduction cancéreuse. Quand on trouve de ces tumeurs dures et végétantes, on doit toujours se tenir sur ses gardes pour l'avenir et craindre une récidive.

Cette femme a été ponctionnée cinq à six fois, je demande en quel point les ponctions ont été faites.

M. Terrier. Je crois que dans l'espèce le drainage par le vagin était indiqué. Nous n'avions pas de tube en verre. D'ailleurs, je ne vois pas comment il est plus facile au liquide de remonter vers le pubis que de descendre vers le vagin.

Le lieu d'élection des ponctions a été le lieu classique. Je suis de l'avis de M. Boinet et de M. L. Championnière pour le drainage, je crois qu'il ne faut le faire que lorsqu'il y a une complication et lorsqu'on a affaire à une cavité qui ne revient pas sur elle-même.

M. L. Championnière. Par le tube de verre on introduit chaque jour un tube de caoutchouc par lequel on pompe le liquide.

Ostéomyélite. — M. Tillaux présente des pièces relatives à un jeune garçon de quinze ans qui a été, à la suite d'un traumatisme, atteint de cette maladie. Ce jeune garçon a eu des abcès périphériques sur le membre inférieur gauche. J'ai dû à la fin faire l'amputation. Le canal médullaire du tibia était plein de pus ; il y a eu suppuration ultérieure au genou et à l'articulation tibio-tarsienne avec altération des cartilages. Les épiphyses sont peu malades. Il n'y a pas de décollement épiphysaire ; je suis disposé à croire que chez ce garçon le point de départ n'a pas été épiphysaire.

Elections.—Le Bureau pour l'année 1879, est ainsi constitué : président, M. Tarnier ; vice-président, M. Tillaux ; secrétaire général, M. de Saint-Germain ; premier secrétaire annuel, M. Lannelongue ; deuxième secrétaire annuel, M. Polaillon ; trésorier, M. Berger ; bibliothécaire, M. Terrier.

Instruments pour les voies urinaires. — M. Guyon présente, au nom de M. Collin, divers instruments :

1° D'abord un instrument très-ingénieux, destiné à rechercher les corps étrangers dans la vessie et à en faire l'extraction. Quand le corps étranger est saisi, on entend un petit bruit qui en avertit le chirurgien. C'est donc un instrument de diagnostic au premier chef (fig. 1).

2° Voici un autre instrument pour l'extraction des corps étrangers de la vessie chez l'homme. Le corps est saisi n'importe comment et remis dans

l'axe au moyen d'un mécanisme. M. Collin a ajouté un refouloir pour amener le corps à être saisi par une extrémité, afin qu'il ne fasse pas de saillie au talon de l'instrument. Un stylet indique que le talon est vide (fig. 2).

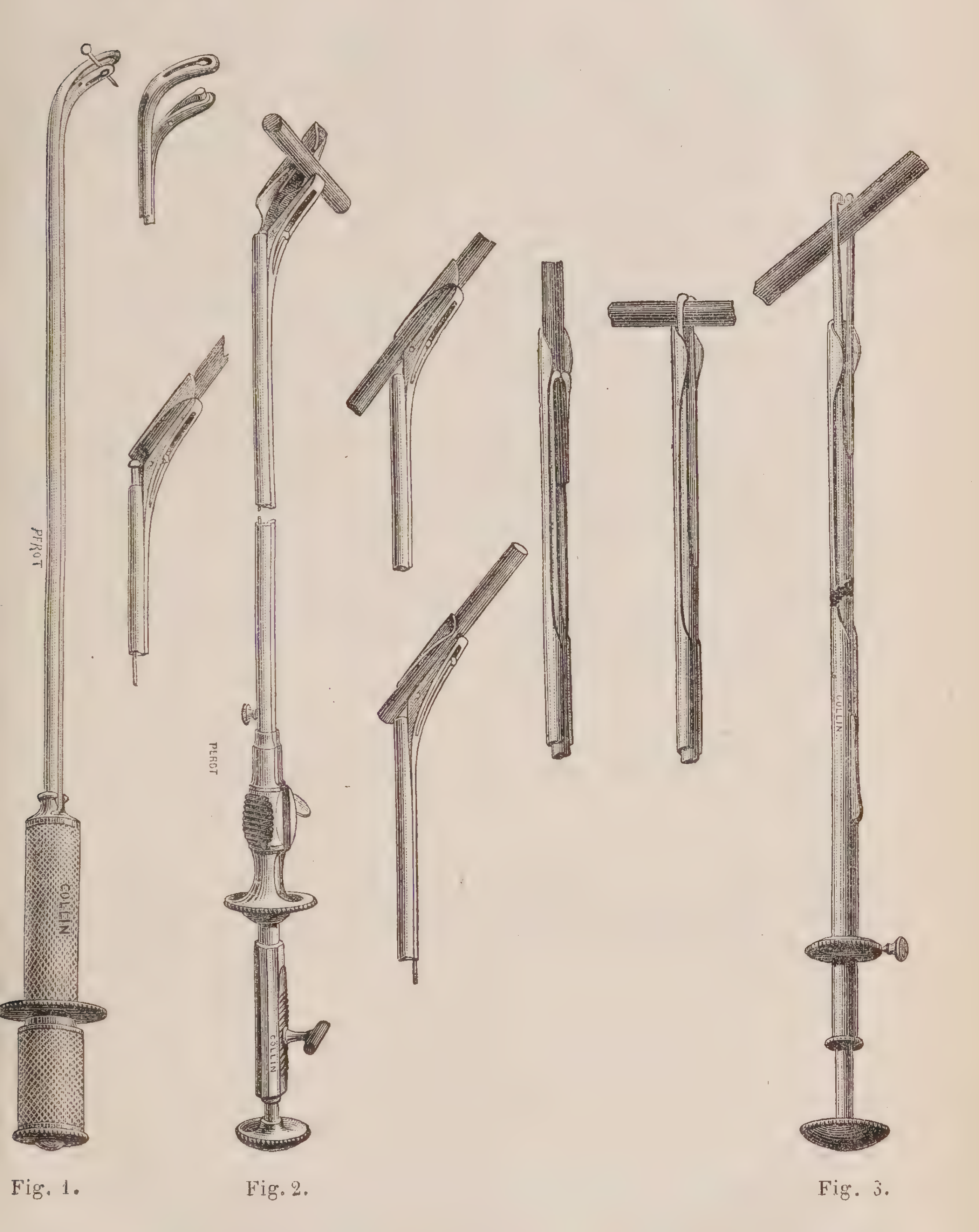


Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

3° Instrument (droit) pour l'extraction des corps étrangers de la vessie, chez la femme. Une pince saisit le corps, qui est amené facilement dans l'axe de l'instrument (fig. 3).

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 27 décembre 1878 ; présidence de M. Labric.

Ulcérations trachéales et bronchiques dans la bronchite chronique. — M. Ferrant met sous les yeux de la Société la trachée et les bronches de deux malades qui ont succombé à une bronchite chronique. Ces organes ne portent aucune trace de tubercule, mais on constate la présence d'ulcérations à la partie inférieure de la trachée et à la partie supérieure des bronches.

Paralysies d'origine spinale. — M. Debove communique un fait de méningite spinale tuberculeuse. Dans ce fait, contrairement à ce qui a lieu d'habitude, les lésions étaient presque nulles du côté de l'encéphale et très-prononcées au contraire du côté de la moelle. Ce fait démontre donc qu'il existe des paralysies d'origine spinale, et il est probable que M. Rendu ne les aurait pas niées dans sa thèse, s'il l'avait connu.

M. Rendu ne les a pas niées d'une façon formelle ; il a seulement dit qu'elles étaient exceptionnelles et qu'il était souvent impossible, au point de vue des symptômes, de les distinguer des paralysies d'origine cérébrale.

M. Cornil fait observer que, dans ces cas de méningite spinale tuberculeuse, il n'y a pas seulement que la pie-mère qui présente des lésions ; on voit aussi des lésions tuberculeuses assez nombreuses sur la dure-mère.

M. Debove a constaté, en effet, dans son observation l'existence de nombreuses granulations tuberculeuses sur la dure-mère.

Elections. — Le Bureau pour l'année 1879 est ainsi constitué : M. Hervieux, président ; M. Hillairet, vice-président ; M. Besnier, secrétaire général ; MM. Martineau et Duguet, secrétaires annuels ; M. Dujardin-Beaumetz, trésorier.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 16 décembre 1878 ; présidence de M. Bourdon.

Elections. — Le Bureau pour 1879 est ainsi constitué : M. Gubler, président ; MM. Billout et Verjon, vices-présidents ; M. Leudet, secrétaire général; MM. Philbert et Boucomont, secrétaire des séances ; Foubert, trésorier.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE LONDRES.

Séance du 13 décembre 1878.

Discussion sur le traitement des anévrysmes par la compression élastique. — M. Jonathan Hutchinson lit d'abord deux observations d'anévrysme poplité traité par la bande d'Esmarch.

Obs. I. — Homme de vingt-six ans, robuste, non syphilitique. Anévrysme remplissant le creux poplité et animé de battements intenses; douleurs depuis trois mois ; battements depuis un mois seulement. Après trois jours de repos à l'hôpital, on l'éthérise et on applique la bande élastique sur tout le membre ; on l'enleva au bout d'une heure et on la remplaça par un tourniquet ; celui-ci ne resta en place que quelques heures ; la guérison fut rapide et complète.

Obs. II. — Homme, traité deux ans auparavant pour un anévrysme du mollet, guéri après treize jours de compression.

Le second anévrysme remplissait le creux poplité et avait le volume d'une grosse orange; les battements étaient très-intenses. La bande d'Esmarch fut appliquée pendant l'éthérisation, de la même manière que la première fois, et resta une heure en place, mais sans succès. La tumeur battait comme auparavant. Trois jours après on recommença la même manœuvre, mais on la fit suivre par la compression digitale, exécutée par des aides qui se relayaient de temps en temps. Le malade fut maintenu pendant deux heures sous l'influence de l'éther. Au bout de ce temps on enleva la bande élastique, et pendant la compression digitale on put constater qu'il y avait encore des battements, mais qu'on pouvait les arrêter plus facilement qu'auparavant. La compression manuelle dura environ sept heures; les pulsations anévrysmales avaient alors disparu. La tumeur resta solide et diminua rapidement de volume. Le malade quitta l'hôpital quelques semaines plus tard, entièrement guéri.

L'auteur pense que dans ce cas la bande élastique ne put déterminer la coagulation du sang, mais que néanmoins elle conduisit à la guérison; en tout cas, son innocuité dans les deux tentatives fut évidente.

Plusieurs cas analogues, observés depuis notre « revue » sur ce sujet (voir *Bulletin de Thérapeutique*, mai et juin 1878), furent ensuite signalés par divers membres de la Société.

M. Smith a soigné avec sir James Paget un médecin bien connu, auquel on appliqua la bande élastique sans anesthésie; la bande fixée, on ne fit pas usage du lien constricteur, par crainte de lésions des nerfs. La bande fut laissée en place aussi longtemps que le malade put la supporter, et on la remplaça alors par un tourniquet ordinaire fortement serré. Cette alternance dans la compression fut continuée toute la journée, depuis neuf heures du matin. A quatre heures et demie il n'y avait pas encore de coagulation du sac; mais un peu avant six heures une douleur violente dans la région de l'anévrysme indiqua que la coagulation se produisait. En quelques minutes les artères périarticulaires (surtout la grande anastomatique) présentèrent des battements intenses, et depuis ce moment la cure de l'anévrysme fut complète.

M. Morrant-Baker cite un cas très-intéressant; il y avait eu rupture du sac au moment où on appliqua la bande, sans chloroforme comme dans le cas précédent, et néanmoins, deux séances d'une heure un quart de compression élastique, suivies de la compression digitale, suffirent pour amener la guérison.

M. Maunder fait observer que tous les chirurgiens savent que certains anévrysmes sont guéris par un mode de traitement. d'autres par un autre, et d'autres encore par la combinaison de deux ou de plusieurs procédés; mais qu'il n'y a pas d'anévrysme chirurgical duquel on puisse dire d'avance qu'on pourra le guérir par une méthode particulière. Dans deux cas où il a employé la compression élastique, il a échoué, il croit qu'il n'y a pas de traitement plus certain que la compression digitale.

M. Barwell dit qu'il y a une forme d'anévrysme qui ne peut être guéri par compression élastique, savoir l'anévrysme fusiforme. Il rappelle à ce propos le fait que nous avons cité dans notre *Revue* (voir obs. XII).

M. Page rappelle également son observation et celle de M. Lane (voir obs. XVII et XVIII de notre Revue), et cite un autre cas de guérison obtenu par M. Macdougall (de Carlisle), sur un anévrysme volumineux, à parois minces, de l'artère poplitée. Il ne connaît pas encore de fait d'accident survenu à la suite de l'application de la compression élastique au traitement des anévrysmes, mais il croit cependant que cela vient d'arriver au docteur Pemberton (de Birmingham).

M. Bryant rappelle l'observation analysée dans le *Bulletin de Thérapeutique* du 30 septembre 1878, p. 268. Il attribue la gangrène du pied, survenue après la ligature de la fémorale, à l'occlusion des petits vaisseaux causée par la compression élastique.

M. Mahomed pense que dans les cas où il y a des altérations générales du système artériel, l'augmentation de pression produite dans le reste du corps par l'application de la compression élastique sur tout un membre,

pourrait déterminer des accidents. Il se demande si dans ces conditions il ne serait pas indiqué de diminuer la masse du sang par une saignée pratiquée au moment de l'application de la bande.

M. Pearce-Gould revient sur la pathogénie de l'oblitération du sac anévrysmal qu'il avait donnée autrefois (voir notre Revue), et pense qu'elle est confirmée par le cas de M. Bryant. Il y eut certainement coagulation du sang dans l'anévrysme après la compression élastique, mais le retour des battements montra que l'artère n'avait pas été oblitérée ; il en conclut que le caillot anévrysmal devient le point de départ d'embolies qui, avec l'aide de la ligature, déterminèrent le sphacèle du pied.

M. Norton a appliqué la bande dans un cas d'anévrysme poplité gauche, mais sans succès. Il y avait des altérations étendues des artères et du cœur, et outre l'anévrysme poplité gauche, il y en avait deux autres sur la fémorale droite.

M. Heath pense, comme M. Barwell, que la compression élastique ne vaut rien dans les cas d'anévrysme fusiforme ; sans aucun doute, ceux qui conviennent le mieux sont ceux dans lesquels le sac a de larges orifices, comme le dit M. Gould. Dans le fait de M. Bryant, il est possible que la gangrène ait été causée par la ligature, mais elle a dû être favorisée par la compression. Quant à l'intensité des douleurs endurées par les malades, il fait remarquer que, dans le cas qu'il a observé (voir Revue citée, obs. X), le malade a été soumis à la compression par la bande élastique et par le tourniquet de Carte, et à deux ligatures successives, et que c'est la ligature, pratiquée avec les précautions antiseptiques qui a paru le moins tourmenter le malade.

M. Hutchinson est d'avis, comme M. Heath, que le cas de M. Bryant doit être inscrit plutôt au passif de la ligature que de la compression élastique. En réponse à M. Page, il dit que probablement la variété fusiforme a moins de chance de guérison que les autres ; mais dans ses observations, il a employé, pour aider l'effet de la compression mécanique, des aliments secs, l'iodure de potassium, le plomb, la digitale, etc. Le grand avantage de sa manière de procéder est que par l'emploi de l'éther on peut agir sans douleur, et sans danger de la part de l'anesthésique. Il est très-important d'appliquer la bande très-serrée, afin d'arrêter entièrement le cours du sang ; et, immédiatement après son ablation, d'avoir recours à la compression digitale, afin d'empêcher le retour du sang dans la tumeur. (Analysé d'après *the Lancet*, 21 décembre 1878, p. 879) (1).

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

REVUE DES THÈSES

Sur l'action de la digitaline, principalement sur la circulation. — Considérations et expériences du docteur Guido Cavazzini. Travail très-important dont voici les conclusions :

1° Chez les grenouilles l'action de la digitaline se manifeste avec

(1) Si aux 22 cas signalés dans notre Revue, nous ajoutons les 9 cas nouveaux rapportés au cours de la discussion précédente, le cas de M. Bryant, dont nous avons rendu compte dans ce journal, et celui de M. Ferguson (*the Lancet*, 28 septembre 1878, p. 439, succès chez un vieillard de soixante-neuf ans), nous arrivons à un total de 33 observations de traitement des anévrysmes des membres par la compression élastique, dont 19 suivis de guérison.

une grande puissance sur le cœur, en particulier sur le ventricule, en excitant les fibres musculaires proportionnellement à la dose ;

2° Une ou deux gouttes de la solution, suivant la saison, accélèrent le mouvement; 6 ou 7 amènent le tétanos du ventricule;

3° La digitaline augmente la tonicité des fibres cardiaques, et ralentit d'autant la répétition des contractions, en les réduisant à un nombre infiniment petit ;

4° Les oreillettes ne sont que peu ou point excitées par la digitaline ; chez elles la fréquence systolique ne subit pas une diminution analogue à celle des ventricules ; c'est pourquoi la tonicité ventriculaire s'oppose à l'accomplissement de la fonction ;

5° La diastole ventriculaire ne paraît nullement activée, mais être subordonnée à l'action des fibres musculaires de l'oreillette. Celles-ci peuvent se remplir à l'excès, au point de subir une distension considérable et une paralysie consécutive, ce qui exclut l'idée d'activité;

6° On ne peut admettre l'assertion de quelques physiologistes, que le myocarde dans la systole conserve le sang qu'il renfermait ; sa pâleur, nettement observée, est une preuve péremptoire du contraire ;

7° La digitaline, proportionnellement au temps de l'expérience et à la quantité employée, accélère la circulation périphérique, suivant l'augmentation de la force d'impulsion du cœur; lorsque survient le ralentissement des contractions ventriculaires et le tétanisme du ventricule, la circulation diminue, puis s'arrête ;

8° Le réseau capillaire se dilate un peu et toutefois la circulation peut être accélérée pourvu que le médicament ne s'oppose pas à l'extension diastolique et à la fréquence rhythmique du ventricule ;

9° Il semble donc que l'action de la digitaline se localise principalement sur le cœur, et ne se porte que secondairement sur les vaisseaux ;

10° La digitaline paraît augmenter, dans la *substance respiratoire*, la faculté d'absorber l'oxygène;

11° L'opinion de l'école de Berlin que la digitaline à petite dose est excitante, et déprimante à forte dose, ne soutient pas l'expérience. Cette substance excite toujours la tonicité cardiaque et dilate les vaisseaux; à dose toxique, elle produit le tétanos et la rupture du cœur ;

12° En résumé, la digitaline a pour effets de remédier à la faiblesse de la systole cardiaque ; elle peut aider la circulation périphérique par une augmentation de la *vis a tergo*, et la dilatation des capillaires ; elle peut convenir dans les maladies accompagnées d'oxydation insuffisante du sang. (*Annales d'Omodei*, 1878, t. 245, p. 115.)

Bons effets de la combinaison des alcaloïdes du quinquina avec la morphine. — Dans la fièvre intermittente, le docteur Lewis (de Tennessee) a noté que les malades qui avaient pris de la morphine avec de la quinine guérissaient plus rapidement que ceux qui n'avaient pas pris d'opium, et qu'une dose de 50 centigrammes de quinine avec 2 centigrammes de morphine jugulaient un accès de fièvre intermittente plus sûrement que 1 gramme de quinine seule. Il rapporte aussi 461 cas de fièvre palustre ; 317 furent traités par la morphine et la quinine et la moyenne d'accès consécutifs fut de $1\frac{12}{317}$. Les 114 autres prirent de la quinine sans morphine et la moyenne des accès survenus après le traitement fut de $3\frac{13}{144}$; ce qui démontre jusqu'à l'évidence la supériorité de la première méthode sur la seconde.

M. Skillern rapporte même un cas dans lequel l'accès fut arrêté par la morphine seule.

Puis il cite quatre observations de sa pratique et résume ses opinions dans les conclusions suivantes:

1° Par la combinaison des alcaloïdes du quinquina avec la morphine on obtient de meilleurs effets thérapeutiques ; les accès sont arrêtés avec plus de sûreté et la guérison plus rapide et plus complète ;

2° Il ne faut que la moitié de la quantité de quinine ou de quinquina employée ordinairement ;

3° Ce traitement soulage toutes les sensations douloureuses qui peuvent s'associer aux affections périodiques ;

4° On n'observe pas certains effets désagréables sur le cerveau, tels que céphalalgie, tintements d'oreille, etc. ;

5° La morphine permet à l'esto-

mac de supporter la quinine plus facilement ;

6° On peut donner la quinine ou la cinchonine à doses considérables et répétées sans produire le quinisme, lorsqu'elles sont combinées à la morphine. (*Philad. Med. Times*, 28 septembre 1878, p. 606.)

Ablation d'une tumeur volumineuse du corps thyroïde avec succès, par excision et ligature. — Un des préceptes opératoires émis depuis longtemps par le professeur Verneuil, est, lorsqu'on pratique l'ablation de tumeurs dans des régions vasculaires, de les séparer de leurs connexions à l'aide d'un instrument mousse, sonde cannelée, spatule, doigt, etc., et de diviser entre deux ligatures tous les faisceaux qu'on suppose renfermer des vaisseaux d'un certain volume.

L'observation suivante, du docteur Pérassi, démontre combien cette manière de faire est utile dans les cas de ce genre :

Homme de quarante-six ans, affecté d'un goître énorme descendant de la région du larynx jusque près de l'ombilic. La tumeur était aplatie d'avant en arrière et multilobée ; la peau qui la recouvrait était saine, excepté à la partie inféro-postérieure où elle était un peu ulcérée, et où les veines étaient dilatées. C'était un goître lipomateux.

On y fit d'abord une ponction exploratrice avec un trocart, mais sans résultat.

On pratiqua une longue incision curviligne à la face antérieure de la tumeur, puis une plus courte, également curviligne, à la face postérieure. La dissection des lambeaux fut très-longue et difficile, par suite de l'induration des parties profondes et des vaisseaux artériels et veineux qu'on rencontra et que, par mesure de précaution, on lia avant de les diviser. Arrivé à la racine de la tumeur, M. Pérassi trouva qu'elle s'enfonçait plus dans les couches profondes du cou que son aspect ne semblait l'indiquer d'abord ; son extirpation par le bistouri se serait donc accompagnée de beaucoup de dangers.

Il appliqua donc une série de ligatures partielles qui comprirent toute la masse de la tumeur. Pensant qu'en abandonnant ensuite la tumeur à elle-même, sa putréfaction serait cause d'accidents graves, il fit la section à quelques centimètres en avant des ligatures. Les bords de la plaie furent réunis et on cicatrisa.

La cicatrisation se fit parfaitement ; la suppuration fut modérée, et le malade, guéri, quitta l'hôpital au bout d'un mois. La portion de tumeur enlevée pesait 5550 grammes. (*Journ. de l'Acad. royale de Turin*, mai 1878.)

De la lymphorrhagie consécutive aux adénites et aux lymphangites suppurées. — Tous les chirurgiens savent combien il est fréquent de voir survenir, à la suite d'un bubon suppuré de l'aine, une fistule difficile à guérir et entretenue par un écoulement abondant.

M. Berlin cherche à démontrer dans sa thèse qu'on a affaire dans ce cas à une lymphorrhagie, qui est la véritable cause de la fistule.

Le diagnostic de la lymphorrhagie se fait surtout par les allures de l'écoulement et par son abondance, plutôt que par l'examen chimique ou microscopique du liquide. La gravité de la lymphorrhagie résulte plutôt de son action locale que de son retentissement sur l'économie. Le traitement comprend deux méthodes principales : la compression et la cautérisation. Elles ont toutes deux leurs indications spéciales. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 110.)

Traitement des abcès urineux par le drainage. — On pourrait croire, en lisant le titre de ce travail, que M. Gandouet nous donne une méthode de traitement qui doit s'appliquer à tous les cas d'abcès urineux.

Telle n'est pas son intention, car il commence à établir une distinction entre les abcès périnéaux qui ne communiquent pas avec l'urèthre et ceux qui, succédant à un rétrécissement, communiquent avec le canal.

Les premiers seront traités par l'incision simple, les seconds par le drainage. Pour ces derniers, il prescrit donc la large ouverture employée jusqu'ici, l'accusant de donner facilement des récidives. Le drainage, pour lui, doit être continué pendant cinq ou six mois, et

la présence du drain sert de soupape de sûreté. Inutile d'ajouter qu'il conseille de se servir aussi de la dilatation du rétrécissement. Les observations qu'il rapporte ne prouvent cependant pas qu'on doive abandonner l'incision large. (*Thèse de Paris*, 1878.)

Propriétés thérapeutiques du jaborandi contre les oreillons. — Le docteur Testa a employé ce remède en infusion dans cinq cas, et il tire de sa pratique les conclusions suivantes :

1° Le jaborandi est un remède efficace dans le traitement des oreillons ;

2° Cette efficacité s'explique par ses propriétés hydragogues, et peut-être encore par sa seule propriété sialagogue ;

3° Administrée à temps, elle peut prévenir le développement ultérieur de la maladie ;

4° Elle a le pouvoir de combattre les métastases susdites, et peut-être même de les prévenir. (*Il Morgagni*, juillet 1878, p. 544.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Du traitement des plaies par les pansements secs et rares (pansement ouaté), le repos et la compression, par Sampson Gamgee (*the Lancet*, 21 décembre 1878, p. 869).

Traitement du genu valgum, du genu varum et autres difformités osseuses par l'ostéotomie antiseptique, par William Maceven (*id.*, 28 décembre, p. 911).

Traitement du genu valgum par l'opération d'Ogston, par Reidinger et Tiersch (*Arch. de Langenbeck*, 1878, t. XXIII, p. 288 et 296).

Contribution à l'étude des accidents de l'éruption de la dent de sagesse inférieure et leur traitement, par Magitot (*Gaz. hebd.*, 1879, n° 1 p. 3).

Traitement de l'empyème, par Wagner (*Berliner klin. Woch.*, 1878, n° 51, p. 751).

Traitement antiseptique de l'empyème chez les enfants, par Goschel (*id.*, p. 757).

Traitement de l'hydropisie de la vésicule biliaire par l'incision, par George Brown (*Brit. Med. Journ.*, 21 décembre 1878, p. 916).

De la laparotomie avec les précautions antiseptiques, par V. Czerny (*id.*, p. 384).

Extirpation totale de l'utérus, pas Oehlschläger (*id.*, p. 423).

Des indications et contre-indications de l'ovariotomie dans le traitement des kystes de l'ovaire, par Duplay (*Arch. gén. de méd.*, janvier 1879, p. 20).

VARIÉTÉS

Hopitaux de Paris. — *Concours de l'internat.* — Le concours de l'internat s'est terminé aujourd'hui 23 décembre ; ont été nommés *internes :*

MM. 1 Brocq, 2 Mericamp, 3 de Fontaine, 4 Siredey, 5 Ramonat, 6 Petit, 7 Suchard, 8 Sainton, 9 Michaux, 10 Germond, 11 Jousset, 12 Latil, 13 Karth, 14 Bruneau, 15 Boiteux, 16 Girou, 17 Marie, 18 Lalesque, 19 Ménard, 20 Haranger, 21 Liandier, 22 Luizy, 23 Trousseau, 24 Dieterlin, 25 Berthaut, 26 Olivier (Ad.), 27 de Rignac, 28 Mathieu (Ch.-

Albert), 29 Leclerc, 30 Jamin, 31 Bourcy, 32 Masson, 33 Guyard, 34 Jouin (E.), 35 Delpeuch, 36 Assaky, 37 Barette, 38 Coudray, 39 Labbé, 40 Capitan.

Internes provisoires : MM. 1 Broussin, 2 Verchère, 3 Ozenne, 4 Lacaze, 5 Berne, 6 Ferrand, 7 Walther, 8 Roger, 9 de Gastel, 10 Groffier, 11 de Lapersonne, 12 Millet, 13 Mercier, 14 Chambellan, 15 Geffier, 16 Boissard, 17 Laurent, 18 Malécot, 19 Catuffe, 20 Barbulée, 21 Damailx, 22 Babinsky, 23 Bolliet, 24 Martinet, 26 Verneuil.

— *Concours de l'externat.* — Le concours pour l'externat des hôpitaux de Paris vient de se terminer par la nomination de 227 élèves :

1 MM. Larmoyer, Dauzé, Barette, Blé, Ferrand (E.-J.), Petit (André), Verchère, Michaux, Roger, Valude, Ganté, Bellangé, Karth, Clado, Mossé, Olive, Damalix, Rowlatt, Boé, Magnin, De Gennes, Lagrange, Gilbert, Launois, Foubert, Lecocq, Darier, Salicis, Gergaud, Tissier, Manissolle, Hamonie, Isnard, Leprevost, Dufloc, Bodinier, Lhoste, Colin, Bidault, Legendie (P.-L.).

41 Schlemmer, Collet, Iscovescu, Guimaraès, Forgeron, Ferrand (Jacques), Derignac, Debelut, Séné, Delotte, Perrin, Boursier, Oettinger, Dutieux, Coudray, Largeau, Lavergne, Chambellan, Galtier-Boissière, Breynaert, Leymann, Hoël, Maydieu, Ollivier, Tuffier, Lebrun, Haussmann, Levassor (Paul), Pégoud, Hüe, Cocher, Beaufinet, Fourguette, Goix, Greffier, Lormand, Petit (Alfred), Boinet, Jumon, François.

81 Portalier, Poupinel, Chopart, Courtin, Détis, Bonicli, Barrère, Bernard, Crespin, Mauxion, Salat, Dargent, Varaillon, Wins, Carron, Bastachi, Khron, Schachmann, Sapelier, Chassagnette, Coindrau, Lestocquoy, Lacoste, Villard, Courtade, Dericq, Pannier, Nourric, Jardet, Labesque, Harel, Gibier, Surbled, Bouquet, Grenier, Grosclaude, Bertrand, Brouard, Henryet de Launay, Jacquet.

121 Monnier (Louis), Monnier (Victor), Legendre (Paul), Lefort, Massaloux-Lamonerie, Weill, Guerrier, Dupont, Desfosses, Couillault, Caboche, Dauchez, Laurent (Emile), Gagnon, Luquet, Sombret, Mauny, Lacronique, Duchastelet, Outin, Couenon, Larat, Deschamps, Dezac-Derecq, Ausset, Cotreuil, Brunon, Code, Coste, Gillard, Jarry, Menier, Tripet, Pousset, Rey-Barreau, Rosemont-Malbot, Demmler, Grégoire, Charles, Nicolas.

161 Guillier, Millée, Bollet, Bonfils, Ferrand (Paul), Blanc, Boguier, Dupret, Damée, Demars, Couette, Dubars, Gueneau de Mussy, Maritoux, Ruelle, Jouliard, Lecompte, Thomas, Raimbert, Boucher, Caudry, Pluyaud (P.-J.), Alibert, Tétard, Rousseau, Barland, Binant, Larrivé, Omont, Bouchereau, Furiani, Roux, Schoofs, Lévêque, Legoy, Doit, Doyen, Dubocq, Riondé, Ménard.

201 De Latourette, Baluc, Dupain, Robles, Curé, Courtoix, Bétailloubloux, Rouillard, Bonnamy, Dubief, Schoœder, Godin, Pasquet, Quinqueton, Loudet, Péraire, Mouzon, Cohen, Humbert, Jocqs, Delprat, Levassort (Georges), Uminski, Cadeillan, Petitot, Chabrun, Baudoin, Doré, Michon, Malgouverné, Bonneau, Lallement, Galliot, Signoré, Royer, Nunez y Gonzalès.

— *Prix de l'externat des hôpitaux de Paris* accordés aux quatre premiers internes : Prix (des livres) : M. Brocq, externe de première année à l'hôpital de la Charité. — Accessit (des livres) : M. Méricamp, interne provisoire. — Première mention honorable : M. de Fontaine, externe de deuxième année à l'hôpital Cochin. — Deuxième mention honorable : M. Siredey, externe de deuxième année à l'hôpital Beaujon.

NÉCROLGIE. — Le docteur LEFEBURE, à Valenciennes. — Le docteur LANDRY, à la Nouvelle-Orléans. — Le professeur Ambroise TARDIEU, médecin de l'Hôtel-Dieu, professeur de médecine légale à la Faculté. — Le docteur SALES-GIRONS, ancien directeur de la *Revue médicale.*

L'administrateur gérant : O. DOIN.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement hygiénique des tuberculeux(1);

Par M. le professeur PETER, médecin de la Pitié.

L'alimentation devra être là meilleure possible ; les aliments les plus nourrissants sous le moindre volume : voilà qui est banal, mais logique, attendu qu'il ne faut jamais oublier d'abord que l'appareil digestif est l'un des plus sûrs points d'appui de la résistance pour le tuberculeux et pour son médecin ; ensuite, que c'est trop souvent par cet appareil, par son fonctionnement imparfait, par insuffisance d'alimentation, que s'est faite l'invasion tuberculeuse de l'organisme ; enfin, que le tuberculeux est toujours sous l'imminence de troubles fonctionnels de l'appareil digestif par irritation ou lésion des pneumo gastriques, de l'estomac, des intestins ou du foie. Nous devons donc incessamment songer à tout cela, soit quand nous présidons à l'hygiène, soit surtout quand nous conseillons des médicaments.

L'alimentation devra être substantielle, mais *variée ;* les substances animales en constitueront la base : viandes, mais de toute sorte, et non exclusivement les viandes « rouges » de bœuf et de mouton, de mouton et de bœuf, engendrant le dégoût par la monotonie ; cuites au goût personnel, et non pas invariablement « saignantes », mal cuites ou « crues » ; la viande crue devant être réservée pour les cas où il y a diarrhée — remède alors et aliment.

Le lait, le lait surtout, le lait sous toutes les formes ; lait sortant du pis aux deux traites du matin et du soir (en prenant garde qu'il n'en résulte pas d'embarras gastrique — ni de l'inappétence pour les autres aliments) ; potages au lait ; crème, beurre, fromages.

Œufs sous toutes les formes également. Le lait et les œufs sont des aliments complets.

Le poisson, excellent pour ceux qui l'aiment et le digèrent : et surtout les poissons plats, ou encore le merlan, de préfé-

(1) Suite. Voir le numéro du 30 décembre 1878.

rence au saumon, à la carpe ou à l'anguille, de digestion plus difficile.

Les huîtres, qu'on a considérées comme béchiques, comme favorables au rejet des crachats (probablement par une vue à la Paracelse), et si facilement digérées, en raison de leur sapidité comme aussi de l'eau marine qu'elles renferment et dont l'iode n'est peut-être pas indifférent aux tuberculeux (1).

Le pain n'est pas si nécessaire ; on en mange trop en France : c'est encore un de nos préjugés.

A propos du régime des tuberculeux, laissez-moi vous dire que je viens de voir, revenant d'une station étrangère à la mode, un tuberculeux de grande intelligence et connaissant son mal, que son médecin, Allemand, traitait à peu près exclusivement par l'air et l'alimentation — ce en quoi il n'était point tant fautif ; lui refusant même le bénéfice de la révulsion locale — ce en quoi il avait tort. « Mangez, disait ce médecin à ce malade ; mangez toutes les quatre heures, et mangez fortement ! La nuit, qu'on vous réveille, pour manger encore. » Prescrire de manger, de fortement manger, est d'un bon naturel ; mais encore faut-il qu'on y ait l'estomac — un estomac d'Allemand.

Notez, en effet, que ce sont les Allemands et les Anglais, gens du Nord, grands mangeurs et buveurs peu réservés, qui ont à la fois conseillé les résidences dans les pays froids, la forte alimentation et les substances alcooliques aux tuberculeux. Accoutumés aux basses températures, comme aux grosses victuailles et aux fortes rasades, ils les conseillent aux leurs, qui sont et font comme eux : affaire d'habitude et de nationalité. Seulement ce régime à la Pantagruel, conseillé par les médecins anglais et allemands, excellent peut-être pour les estomacs compatriotes, ne le serait pas pour les estomacs méridionaux, espagnols ou havanais, par exemple. Il faut individualiser le traitement et l'hygiène, comme a fait la maladie, qui s'est individualisée, malgré son fond resté spécifique.

Ceci pour en arriver à vous dire qu'il ne faut pas trop faire manger vos tuberculeux : conseil qui va vous sembler presque naïf, et qui cependant n'est pas ce qu'il semble être.

---

(1) Voir, pour plus de détails, le livre si excellent du professeur Fonssagrives (*Thérapeutique de la phthisie pulmonaire*, 1866, p. 196), ouvrage qu'on ne saurait trop lire et que je suis heureux d'avoir à citer, ici et plus tard.

Cette alimentation volontairement, systématiquement excessive, à laquelle peuvent à peine résister des estomacs du Nord, a pour effet chez nos compatriotes, surtout s'ils sont citadins, et plus encore chez les hommes du midi de l'Europe (à plus forte raison chez ceux de l'hémisphère austral), a pour effet, dis-je, de déterminer d'abord une surcharge habituelle de l'estomac, accompagnée de saburre, d'anorexie, de diarrhée alternant avec de la constipation ; puis une véritable fièvre gastrique (embarras gastrique fébrile de nos contemporains), avec petits accès rémittents nocturnes, fièvre gastrique qui devient la cause fréquente d'erreurs de diagnostic — cette fièvre avec sa petite sueur critique des dernières heures de la nuit étant prise pour la fièvre tuberculeuse, et faisant craindre que la tuberculisation, apyrétique jusque-là, ne prenne désormais le type aigu. Or, ces accidents guérissent par un éméto-cathartique, suivi de la prescription d'un régime alimentaire plus réservé. J'ai observé plusieurs cas de cette nature, chez des sujets revenant de stations où on les avait soumis à cette polyphagie de bonne intention et de mauvais effet ; j'ai vu l'émoi que cela causait ; le bon résultat de la médication dont je vous parle, et je me permets de vous le signaler.

Il y a là une véritable exagération contre laquelle je veux vous prémunir ; non moins que contre l'*alcoolisation* des tuberculeux : chose au moins singulière ! on médit de l'alcoolisme, et on n'en saurait trop médire, puis voilà que bientôt nous allons avoir l'*alcoolisme par la thérapeutique :* la potion de Todd a commencé, le rhum, le gin, les vins d'Espagne, la bière, l'alcool sous toutes les formes achèveront cette belle œuvre. Mais, Dieu bon ! il y a des femmes, il y a des enfants pour l'estomac desquels le vin même est chose peu supportable — et à cet estomac d'enfant ou de femme, qui, sain, se soulève contre les substances alcooliques, vous allez de vive force et par bon vouloir les lui imposer ; alors que la tuberculose l'a rendu, par acte réflexe ou autrement, intolérant jusqu'à la révolte ! Est-ce de la raison ou son contraire ?

L'exercice, un exercice modéré, est chose salutaire aux tuberculeux, et surtout l'exercice des membres supérieurs.

Vous recommanderez avec avantage la gymnastique de chambre, pratiquée à l'aide de ressorts à boudin, et connue sous le nom de *gymnastique de l'opposant*, la traction s'exécutant en

éloignant au maximum les coudes du corps, et en les portant même en arrière, de manière à agir à la fois sur le diamètre transverse de la poitrine et sur son diamètre antéro-postérieur; l'élargissement portant spécialement alors sur le sommet de la cage thoracique où résident les lobes supérieurs, les lobes habituellement peu actifs, et, de ce fait, les lobes tuberculisables, les lobes tuberculeux. A ce propos, je ne peux résister au plaisir de citer une observation qui m'a été communiquée par un médecin très-distingué de province (où il y en a tant de la sorte confinés dans de modestes localités dont ils sont les bienfaiteurs!), le docteur Victor Simon, de Semur, ancien interne des hôpitaux de Paris. Tous les termes valent qu'on les pèse: il y a surtout un passage sur l'huile de foie de morue que je recommande à ceux qui ne dédaignent pas de voir le bon sens aiguisé par l'esprit:

« Une jeune personne, fille née d'une mère un peu goîtreuse, de dix-sept ans, réglée régulièrement, mais d'une pâleur remarquable et d'une apparence très-lymphatique, est atteinte d'une toux persistante ; on l'ausculte et on trouve des râles muqueux au sommet du poumon gauche, de la matité, bientôt de la pectoriloquie; impossible de douter de l'existence d'une lésion tuberculeuse grave. J'ai examiné la malade plusieurs fois, il n'y avait pas place au doute.

« Cet été, après cinq ou six mois, j'ai eu l'occasion de revoir cette malade que j'avais jugée très-défavorablement, et j'ai constaté, à mon extrême étonnement, non-seulement une amélioration complète de l'état général, mais encore la disparition à peu près absolue des signes physiques, qui ne consistaient plus qu'en un peu de rudesse du murmure respiratoire sous la clavicule et de l'expiration prolongée.

« Le traitement avait surtout consisté dans l'emploi de l'huile de foie de morue ; deux cuillerées par jour, et je regarde l'huile de foie de morue comme un médicament excellent en ce sens, que généralement on se repose sur son emploi et on *fatigue moins* les malades de soins excessifs, de réclusion, de médications dangereuses ou débilitantes, c'est-à-dire qu'à mes yeux le médicament est négatif et qu'il peut tout au plus agir comme aliment d'une certaine espèce.

« Mais, ce que la jeune fille avait fait en outre, et cela avec une extraordinaire persévérance, c'est une gymnastique particulière que voici :

« Le père et la fille se mettaient face à face, se prenaient les mains et se repoussaient successivement l'un et l'autre, lentement, mais avec énergie et de façon que la jeune fille y déployât toute sa force musculaire *plusieurs fois par jour* et autant de temps que ses forces y suffisaient.

« C'est là un fait isolé, très-singulier et dont on ne peut tirer aucune conclusion, — je le livre pour son originalité, — mais il a au moins ceci de remarquable, que, dans tous les cas de phthisie où j'ai vu se produire du mieux-être, jamais je n'ai noté ni une aussi grande amélioration, ni surtout aussi rapide. »

Au fond, c'est de la sorte qu'agissent la rame comme l'équitation, et cela en tant qu'acte musculaire des membres supérieurs, auquel s'ajoute, d'ailleurs, dans ces cas, la respiration d'un air condensé, comprimé par la rapidité de la course et proportionnellement à cette rapidité même. L'homme à cheval et au galop comprime l'air au-devant duquel il est lancé, comme un boulet, et fait pénétrer, par d'énormes inspirations, jusqu'aux dernières de ses vésicules pulmonaires, l'air ainsi comprimé par lui. J'ai dit que les muscles des membres supérieurs étaient mis en action de la sorte : oui, eux d'abord, tous les autres ensuite, et nécessairement, depuis les pectoraux et les trapèzes qui fixent les humérus au tronc, jusqu'aux muscles qui maintiennent en équilibre la colonne vertébrale, jusqu'à ceux qui lui donnent son assiette sur le cheval, jusqu'à ceux, enfin, qui pressent celui-ci et en activent ou en modèrent l'allure. Tout agit et tout s'agite ; il n'y a pas jusqu'aux intestins qui ne participent à la mise en branle, jusqu'à leurs muscles qui n'en soient secoués et par suite excités. On comprend ce qu'il en peut résulter d'avantage pour l'appétit, stimulé par l'air vif et l'exercice généralisé. Quant à la respiration, est-il besoin de dire qu'elle est ainsi et plus complète et plus active ; plus complète par l'effet de la pénétration dans les poumons d'une somme d'air plus considérable, plus active parce que cet air plus abondamment introduit est aussi devenu plus dense? Vous voyez ce qu'il en peut être pour l'hématose.

Maintenant, si l'on ne peut aller à cheval par peur ou insuffisance de fortune, qu'on aille à âne : il y aura toujours bénéfice pour les poumons et l'organisme.

Dans l'exercice de la rame, tous les muscles des membres supérieurs, comme aussi ceux de la poitrine, sont les premiers mis en réquisition ; puis successivement ceux du tronc et des mem-

bres inférieurs — voilà pour l'acte musculaire; mais ce qu'il en résulte de bienfait pour l'ampliation de la poitrine et consécutivement des poumons, est-il besoin de le dire? Aussi Rush, déjà très-enthousiaste de l'équitation, recommande-t-il l'exercice à la rame ; il cite même, à ce sujet, le cas d'un gouverneur de Pensylvanie qui fut très-amélioré par le fait de conduire de l'aviron son embarcation chaque jour plusieurs milles au-dessus et au-dessous de sa demeure. Le même auteur signale deux cas de guérison par le maniement du levier d'une presse d'imprimerie — ce que j'en sais, d'expérience personnelle, me permet d'affirmer que la tuberculisation était à peu près inconnue chez ceux qu'en typographie on appelait, avant l'invention des machines, les *pressiers*, qui manœuvraient si activement la « presse à bras », tandis qu'elle est loin d'être rare chez les « compositeurs paquetiers », dont l'action musculaire est des plus restreintes, consistant à assembler, immobiles sur leurs jambes, les lettres dans un composteur.

J'arrive ainsi, de proche en proche, à vous parler de l'air marin : c'est de l'air à la fois dense et salé, qui peut agir et agit en effet sur les organes respiratoires par sa pression plus grande et par sa composition, par ses qualités physiques et par ses qualités chimiques. Il contient plus d'oxygène, moins d'azote et moins d'acide carbonique que celui du continent ; il est naturellement de « l'air comprimé » et nous en offre les bénéfices thérapeutiques ; enfin, sa température au large est sensiblement constante.

Ce qui m'amène à parler des voyages maritimes et de leurs effets possibles sur les tuberculeux ; c'est là encore (pour ne mentionner que les points fondamentaux de ce problème si complexe de physiologie thérepeutique), c'est là qu'il importe de distinguer et la nature du voyage et les conditions matérielles de son accomplissement ; et la nature du tuberculeux et la forme de sa tuberculisation.

Des plus anciens jusqu'à nous, la croyance était générale que les voyages sur mer pouvaient contribuer à la guérison des poitrinaires; si, par exemple, l'Egypte était favorable aux Européens atteints de phthisie, ce n'était pas tant par elle-même qu'en raison de la longueur du voyage maritime qu'il fallait accomplir pour l'atteindre : « *Neque Ægyptus propter se petitur, sed propter longinquitatem navigandi.* » Cette assertion de Pline exprimait l'opinion médicale de son temps et n'était que l'écho

d'une antiquité vénérable. Dix-huit siècles nous l'avaient transmise non-seulement intacte, mais fortifiée. Eh bien, une idée absolument fausse ne saurait aussi généralement s'établir ni surtout le faire d'une façon aussi durable. L'erreur porte en soi des germes de mort qui l'empêchent de vieillir.

Voyons donc comment on a pu récemment, et avec de grandes apparences de vérité, la battre en brèche et même la rejeter complétement.

Un des plus savants médecins de la marine, M. J. Rochard, a démontré, à l'aide de statistiques et d'observations personnelles considérables, que « les voyages sur mer accélèrent la marche de la tuberculisation beaucoup plus souvent qu'ils ne la ralentissent »; seulement, on voudra bien considérer les conditions spéciales des sujets observés par M. Rochard : il s'agit de marins, de marins à bord de navires de l'Etat, qui ne peuvent choisir ni leurs aises ni leur latitude ; astreints aux plus rudes travaux, et par tous les temps,—travaux plus rudes surtout par les plus mauvais temps,— exposés alors au vent qui souffle en tempête, au froid, à la pluie, à la lame ; conservant de longues heures leurs vêtements trempés d'eau de mer ; dormant entassés la nuit dans des cabines étroites, encombrées et infectes ; nourris le jour d'aliments grossiers et indigestes ; c'est-à-dire qu'il s'agit d'hommes réalisant à eux seuls le maximum des conditions antihygiéniques les plus tuberculisantes. Combien sont différentes les conditions du gentleman qui, tuberculeux, frète son yacht, l'aménage le plus confortablement qu'il peut, puis le dirige où il veut, comme il veut et quand il veut ! Ce sont de tels faits (et il en est) qui sont probants, quant à l'efficacité des voyages maritimes chez les tuberculeux, les tuberculeux apyrétiques, les tuberculeux insulaires, habitués de plus ou moins longue date à l'influence de l'air marin. Sans même invoquer ces faits exceptionnels, en raison des conditions de fortune qu'ils supposent, il faut, comme le fait remarquer si judicieusement M. Fonssagrives, « tenir compte des données nouvelles que les voyages libres, confortables, s'opérant dans des parages choisis et dans une bonne saison, introduisent dans le problème d'hygiène thérapeutique. On peut conseiller aux phthisiques une série d'excursions sur les paquebots spacieux et confortables qui sillonnent la Méditerranée : l'avantage du changement d'air combiné avec celui d'une diversion intellectuelle exerce une influence favorable sur la nutrition. »

J'ai déjà eu l'occasion de vous parler de ce jeune phthisique « qui passait son temps sur les paquebots allant d'Alger à Marseille et s'en trouvait bien ».

Quant au mode d'action si complexe de l'homme en mer qui se trouve agir même au repos, nul n'en a plus complétement et plus finement que M. Fonssagrives analysé tous les détails ; on ne saurait mieux faire que de le citer.

« La station debout ou la progression sur le pont d'un navire à la mer nécessitent des efforts continuels. Les muscles ne peuvent avoir un seul moment de repos ; dans le sommeil même, des contractions, commandées par l'instinct, s'exécutent encore et luttent contre les forces de la pesanteur. Dans la station debout sur un navire secoué par la mer, les muscles qui étendent et qui fléchissent le tronc, ceux qui lui impriment des mouvements de torsion latérale, les leviers actifs que constituent les membres, entrent en action successive ou simultanée, et leur fonctionnement, dont le maintien d'un équilibre toujours menacé est le but, ne saurait se prolonger sans nécessiter une dépense considérable d'innervation. A plus forte raison dans la marche sur le navire. »

Il n'y a pas jusqu'à l'état nauséeux — au moins des premiers jours — qui ne soit un agent décongestionnant et, pour sa part, bienfaisant.

Pour toutes ces raisons — et malgré l'ennui que j'éprouve d'être en désaccord avec mes éminents collègues MM. Rochard et Leroy de Méricourt — je crois, avec M. Fonssagrives, que « les voyages sur mer exercent une influence favorable sur la nutrition dans les maladies chroniques (1) » ; et, en particulier, chez les tuberculeux qui réalisent les conditions individuelles et sociales signalées tout à l'heure : j'ai été frappé de tels cas, et je vous les indique.

(A suivre.)

---

(1) Fonssagrives, *Thérapeutique de la phthisie pulmonaire*, p. 395-404.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis du cerveau (leçon clinique) (1);

Par le docteur Alfred FOURNIER,
médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté.

Ce qui n'a pas ou ce qui n'a que peu d'intérêt pour l'iodure prend une importance majeure relativement au traitement mercuriel. Faut-il administrer le mercure par l'estomac ou par la peau, et, de ces deux méthodes, laquelle est préférable ? Question mille fois discutée déjà d'une façon générale et non moins controversée en ce qui nous touche actuellement ; question qui n'est pas près encore de recevoir sa solution, à en juger au moins par les divergences de pratique que nous avons sous les yeux. Voyez, en effet, ce qui se passe dans les divers services hospitaliers : dans l'un, les frictions seules sont en honneur, à l'exclusion de toute autre méthode ; dans l'autre, inversement, le mercure n'est jamais administré que par la bouche ; ailleurs encore, les deux systèmes sont usités presque indifféremment. Et ainsi de suite. De sorte qu'aujourd'hui même, on peut le dire, il n'est pas dans le public médical d'opinion prépondérante sur la préférence qu'il convient de donner à l'une ou à l'autre méthode.

Quant à moi, pour avoir expérimenté depuis longtemps et sur une vaste échelle les deux modes de traitement, j'avoue être moins exclusif que la plupart de mes collègues sur cette question de préférence. Je me suis bien trouvé de l'un et de l'autre mode en nombre de cas, et je n'admets entre eux tout au plus qu'une différence de degré comme intensité thérapeutique, différence même non absolument constante, quelque peu variable suivant les sujets. Je me garderai donc bien de proscrire l'un aux dépens de l'autre, ainsi que je l'ai vu faire plus d'une fois, et je considère comme excessif de préconiser exclusivement tel ou tel de ces deux systèmes. De par l'expérience, en un mot, je crois être plus près de la vérité en formulant comme il suit le jugement à porter sur la question :

---

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

1° Les deux méthodes sont bonnes, et peuvent revendiquer de nombreux succès;

2° A tolérance égale, un choix à faire entre elles sera presque indifférent, si avec l'une comme avec l'autre le mercure peut être administré à dose suffisante, proportionnée à l'intensité d'effet qu'il s'agit de produire.

Et cependant, c'est aux frictions que, d'une façon presque habituelle, je donne la préférence dans ma pratique; c'est aux frictions que, sauf exceptions assez rares, vous m'avez vu recourir dans tous les cas que j'ai traités devant vous. Pourquoi cela? Ce n'est pas, je viens de vous le dire, que j'attribue aux frictions, en l'espèce, une action plus particulièrement curative; ce n'est pas que je leur accorde, dans le traitement des accidents cérébraux, une supériorité réelle comme influence thérapeutique. C'est qu'avec elles je me sens plus à l'aise, dans le présent comme dans l'avenir, pour diriger le traitement, pour l'élever à son niveau nécessaire d'intensité, et pour l'y maintenir ultérieurement. Je sais en effet qu'à doses énergiques les frictions seront mieux tolérées que ne le serait en général le mercure donné à doses équivalentes par l'estomac. En administrant le mercure par l'estomac, dans les proportions indispensables à l'action qu'il faut produire, j'aurais toujours à compter avec l'estomac, qui pourrait bien un jour ou l'autre se révolter et refuser le remède; auquel cas je serais forcé alors de battre en retraite, c'est-à-dire de suspendre le traitement. Au contraire, avec les frictions je ne risque pas d'offenser de la sorte les fonctions gastriques, de troubler la nutrition générale et de créer une complication regrettable qui me laisse désarmé. Avec les frictions, en un mot, je suis plus certain de déterminer la mercurialisation intense que je recherche, sans crainte de troubles physiologiques venant à la fois compromettre la santé et interrompre la médication.

La méthode externe me paraît donc plus sûre à ce titre, et c'est celle que je vous recommande plus spécialement, sans la préconiser toutefois d'une façon exclusive, je le répète encore, et sans lui accorder d'avantages autres que ceux dont il vient d'être question.

En somme, vous le voyez, messieurs, peu m'importe au fond la méthode. L'essentiel pour moi, c'est qu'une méthode quelconque soit tolérée physiologiquement, et le soit assez pour permettre d'instituer une médication suffisante. Mieux tolérées à

fortes doses que le mercure donné par l'estomac à doses proportionnelles, les frictions, pour ce motif, me paraissent indirectement supérieures à tout autre mode d'administration du mercure. Et ce motif seul légitime la préférence que je crois devoir leur accorder.

Cela posé, vient en second lieu la question des doses, question capitale ici, car de là dépend le succès du traitement.

1° Pour l'iodure, d'abord, la dose à prescrire immédiatement, du premier coup, ne doit jamais être inférieure à 3 grammes par jour, qu'on ait affaire à un jeune homme, à un homme d'âge mûr, ou même à une femme.

Au-dessous de cette dose, en effet, le remède n'aurait pas ou risquerait de ne pas avoir d'action suffisante, au moins dans la plupart des cas.

Ultérieurement cette dose initiale sera élevée par degrés à 4 et 5 grammes, voire à 6 et 8 grammes, si besoin est ; et cela en vue de soutenir l'action du remède nécessairement affaiblie par l'accoutumance.

Souvent même l'indication se présente de débuter par une dose supérieure à celle que nous venons d'indiquer (telle que 5 grammes quotidiennement, par exemple), et de l'augmenter ensuite rapidement jusqu'à 8 et 10 grammes, dans l'espace de quelques jours. L'imminence d'accidents graves, d'un danger urgent à conjurer, légitime cette intensité insolite de la médication. Et, en effet, Messieurs, c'est seulement par un traitement de cet ordre qu'on parvient quelquefois à enrayer une évolution morbide menaçante et à sauver des malades de situations presque désespérées.

Y aurait-il avantage à exagérer encore les doses précédentes, comme cela a été fait plus d'une fois ? Je ne le crois pas. Certains médecins sont allés jusqu'à prescrire 12, 15, 20 grammes d'iodure quotidiennement, et même bien davantage ; mais je ne sache pas qu'ils en aient obtenu de résultats particulièrement favorables. J'ai essayé, moi aussi, de ces doses massives, extraordinaires, et je ne leur ai pas reconnu plus d'effets curatifs qu'à des doses inférieures ; souvent même je les ai vues déterminer des accidents d'intolérance gastro-intestinale. A mon sens, donc, il n'est aucun bénéfice à attendre de cette sursaturation iodurique. Et je résume ainsi la question :

De deux chose l'une : ou bien l'iodure peut être actif ; et, dans

ce cas, une dose moyenne de 5 à 8 grammes au plus est amplement suffisante (en général, tout au moins) pour que le malade en retire tout l'effet possible ; — ou bien l'iodure n'a pas chance de succès (comme lorsqu'on est en présence de lésions vulgaires, consécutives à des lésions d'encéphalopathie spécifique) ; et alors toute dose du remède reste identiquement inactive, quelle qu'elle soit ; 20 grammes ne font rien de mieux que 5. — C'est là ce dont actuellement je suis bien convaincu par expérience.

2° Venons au mercure.

S'il est administré par la bouche, les doses vraiment actives, les seules sur lesquelles on puisse compter en l'espèce, seront :

Pour le proto-iodure, de 10 à 20 centigrammes (quotidiennement) ;

Pour le bichlorure (sublimé), de 2 à 5 centigrammes.

Relativement à ce dernier remède, la dose que j'indique ici semblera excessive à nombre de mes confrères, je le tiens pour certain. « C'est là une dose *toxique*, » m'a-t-on dit plusieurs fois. Il n'en est rien, je vous l'affirme en pleine connaissance de cause. Un préjugé très-répandu fait un épouvantail du bichlorure d'hydrargyre, qui, à coup sûr, est moins terrible que sa renommée. Vous pouvez voir aujourd'hui même et vous verrez couramment dans nos salles des malades qui ingèrent 3, 4 ou 5 centigrammes de ce sel quotidiennement, et cela sans le moindre dommage, sans le moindre phénomène d'intoxication.

Je ne dis pas, bien entendu, qu'à ces doses élevées le bichlorure soit toujours bien supporté par tous les sujets ; je ne dis pas plus qu'il soit prudent de le continuer longtemps à ces doses, en raison des troubles gastriques qu'une administration trop prolongée du remède finit le plus souvent par exciter. Mais je dis que, pour un temps et avec une surveillance assidue, le bichlorure peut être administré sans inconvénient, sans danger, à ces doses majeures, lesquelles sont indispensables à l'action énergique que nous voulons produire.

Entre le proto-iodure et le sublimé, le choix à faire n'est pas douteux pour moi. Sauf contre-indication naissant du cas particulier, c'est au sublimé qu'il convient toujours de donner la préférence, et cela pour deux raisons : 1° parce qu'il est mieux toléré à fortes doses par les gencives, parce qu'il a une action ptyalique moindre que le proto-iodure ; 2° et surtout parce que ses

effets thérapeutiques sont plus immédiats et, à coup sûr, plus puissants (1).

Est-ce au contraire la méthode externe qui doit être mise en œuvre ? Les doses à prescrire seront alors les suivantes :

Comme début (pour la première semaine, par exemple), frictions quotidiennes avec 5 grammes d'onguent mercuriel double (vulgairement onguent napolitain).

Au delà, cette dose sera rapidement élevée à 8, 10 et 12 grammes pour chaque jour.

Souvent même j'ai eu à l'exagérer encore. Vous pouvez voir dans le service actuellement un malade soumis à des frictions quotidiennes avec 20 grammes d'onguent mercuriel. — Et cette dernière dose a été dépassée plus d'une fois, soit par divers médecins, soit par moi.

Sans doute, les doses dont je viens de parler diffèrent beaucoup de celles qui sont communément usitées. Mais, de par l'expérience, ce sont là, je vous l'affirme, les véritables doses actives en l'espèce, celles qui produisent un résultat, celles qui élèvent l'action mercurielle au taux nécessaire pour lutter de pair avec la maladie. Avec des doses moindres, avec une intervention timide ou moyenne d'intensité, on reste au-dessous de l'effet à obtenir, on n'aboutit à rien de satisfaisant.

En un mot (et je ne cesse de revenir sur ce point, parce que je le considère comme capital), le mercure, qu'il soit administré par la peau ou par l'estomac, doit toujours être administré *largâ*

---

(1) Je dois une mention à un autre remède qui a été préconisé par quelques médecins contre les accidents cérébraux de la syphilis. Ce remède, c'est le *calomel*, administré à doses fractionnées.

Mon savant collègue de l'hôpital Saint-Louis, M. le docteur Hillairet, dit s'être fort bien trouvé du mode de traitement suivant dans plusieurs cas d'encéphalopathie spécifique qui se sont présentés à son observation : quatre jours de suite, administration du calomel aux doses de 25 centigrammes le premier jour, 50 centigrammes le second, 75 centigrammes le troisième et 1 gramme le quatrième. Chacune de ces doses est donnée en dix prises. Au delà, suspension du traitement pendant cinq à huit jours. Puis, reprise de la médication sous la même forme pendant quatre jours. De nouveau, cessation du remède pendant un septénaire environ ; et ainsi de suite.

Personnellement, je n'ai pas une expérience suffisante de ce mode de traitement pour être autorisé à exprimer une opinion à son sujet ; je ne ferai donc que le signaler à l'attention de mes lecteurs.

manu. Les fortes doses sont d'urgence en pareil cas. C'est seulement au prix d'une mercurialisation énergique et rapide qu'on parvient à dompter la syphilis cérébrale. Là, soyez-en sûrs, est la condition du succès.

Mais je prévois une objection inévitable—et d'ailleurs bien naturelle.—« Ne craignez-vous pas, me dira-t-on, que de semblables doses ne deviennent nuisibles? Ne craignez-vous pas surtout quelles ne déterminent une stomatite, et une stomatite violente? »

A cela je répondrai :

Sans doute, administré d'une façon aussi énergique, le mercure pourrait devenir nuisible, surtout si l'usage devait en être longtemps poursuivi de la sorte. Mais, d'une part, tel est le sort commun de tous les médicaments actifs, qui peuvent être dangereux par cela même qu'ils sont actifs. Et, d'autre part, si quelque accident dérive de la médication, c'est affaire au médecin d'y pourvoir en temps opportun, soit en abaissant l'intensité du traitement, soit en modifiant la méthode, etc. Que si, par exemple, telle dose du remède menace les gencives ou offense l'estomac, il suffit souvent de l'atténuer quelque peu pour se tenir en garde contre l'un ou l'autre de ces accidents. Que si le mercure donné par la bouche trouble les fonctions digestives, on a la ressource d'y substituer les frictions. D'une façon ou d'une autre, en un mot, il est presque toujours possible de proportionner l'intensité de la médication à la tolérance de l'individu. Et tout est là, en pratique, pour prévenir les fâcheux effets pouvant résulter du traitement.

Quant au danger de la stomatite, il est incontestable, il est patent. Je dirai même qu'en dépit de toutes les précautions possibles, en dépit de la surveillance la plus minutieuse, on n'est pas toujours à l'abri de cet accident. Comme exemple, je m'accuserai d'avoir laissé se produire, l'année dernière, une stomatite des plus violentes sur l'un de mes clients que je traitais par des frictions quotidiennes à la dose de 10 grammes ; et cependant je le voyais presque chaque jour, en ayant soin à chacune de mes visites de lui examiner la bouche avec une attention scrupuleuse.

Il faut bien savoir, en effet, que la stomatite hydrargyrique revêt parfois une forme des plus insidieuses. Elle affecte alors un début brusque, soudain, et atteint presque immédiatement

un haut degré d'intensité (1). C'est donc un accident qu'il nous faut subir comme éventualité de médication, et c'est un accident à coup sûr des plus pénibles, des plus douloureux.

Mais de tels cas ne sont qu'exceptionnels. Le fait commun, au contraire, ce qu'on peut appeler la règle, c'est que la stomatite s'annonce, c'est qu'elle soit précédée par une période prémonitoire d'agacement gingival, période où le médecin peut intervenir pour conjurer des accidents plus sérieux. Presque toujours, alors, il suffit de suspendre la médication et d'administrer le chlorate, tant en gargarismes qu'à l'intérieur, pour que l'inflammation buccale encore à l'état naissant se dissipe à bref délai.

Au reste, messieurs, l'objection de la stomatite n'est pas un argument en l'espèce. Cette stomatite devrait-elle se produire, qu'il n'y aurait pas pour cela à reculer devant l'administration du mercure. Car, voyez la situation : on est en face d'un danger imminent, d'un danger des plus graves, pouvant conduire le malade soit à telle ou telle de ces infirmités déplorables que je vous décrivais ces derniers jours, soit même à la mort. Une médication se présente, laquelle peut sauver le malade ; nous n'avons pas la liberté de discuter avec elle, nous n'avons pas à marchander avec elle, passez-moi le mot. Il faut recourir à cette médication, coûte que coûte. D'ailleurs, à tout prendre, à mettre les choses au pis, qu'est-ce en somme qu'une stomatite en parallèle avec le résultat à obtenir ? Il s'agirait de nous, je suppose, que nous n'hésiterions pas, n'est-il pas vrai ? Donc, notre devoir est tout tracé par cela même vis-à-vis de nos clients.

Je dirai plus, il ne me déplaît pas, en pareille occurrence, de voir survenir chez mes malades un certain degré d'irritation buccale. Et cela pour deux raisons. D'une part, cet éréthisme gingival me démontre que je suis à bonne dose, c'est-à-dire à dose suffisante pour influencer l'organisme. Je sais, de par cet indice, que le mercure agit. Et, d'autre part, l'expérience m'a appris que l'apparition de cette stomatite coïncide fréquemment avec une détente des accidents cérébraux. Donc, je l'accueille

---

(1) Ces stomatites *soudaines* ou rapides, revêtant d'emblée une intensité peu commune, sont surtout produites par les frictions, bien plutôt que par les autres méthodes usuelles d'administration du mercure. C'est là un point que j'ai signalé de vieille date et que, vu son intérêt pratique, je recommande de nouveau à l'attention de mes lecteurs.

comme un signe de bon augure, et je suis rarement trompé dans mes prévisions. Nombre de cas, en effet, soit relatés dans la science, soit empruntés à ma pratique personnelle, démontrent qu'une excitation buccale avec ptyalisme léger a souvent servi de prélude à la guérison.

Telle est, en somme, messieurs, cette question du dosage, qui comporte ici une importance majeure et constitue une condition essentielle de succès ou d'insuccès thérapeutique.

Je la résume, en quelques mots, de la façon suivante :

I. — Une syphilis cérébrale étant donnée, le salut du malade est au prix d'un traitement des plus énergiques, et à ce prix seulement.

II. — Ce traitement énergique consiste dans l'administration immédiate et simultanée du mercure et de l'iodure de potassium, donnés à fortes doses d'emblée.

III. — De par l'expérience acquise, la méthode qui peut être dite la meilleure, celle qui réunit le plus de chances de succès, se compose de ceci :

1° Administration de l'iodure de potassium à la dose quotidienne de 5 grammes en moyenne ;

2° Administration du mercure sous forme de frictions, aux doses quotidiennes de 5 à 8 et 10 grammes, progressivement.

IV

Troisième point : Il faut que le traitement soit prolongé pendant toute la durée des manifestations cérébrales, et cela de façon à conserver, malgré l'accoutumance, son intensité d'action originelle.

Dire que le traitement doit être prolongé tout le temps que persistent les accidents cérébraux, c'est émettre une proposition qui n'a besoin que d'être énoncée, tant elle est simple et rationnelle. Il est évident qu'il faut combattre la maladie jusqu'à guérison, ou du moins qu'il faut la combattre jusqu'à ce qu'il soit bien démontré qu'on ne peut plus rien contre elle, qu'on a épuisé toutes ses ressources.

Cela n'implique pas, bien entendu, qu'une syphilis cérébrale rebelle à tous nos efforts doive être soumise à un traitement indéfini. Du moment où il est démontré que l'évolution morbide est accomplie, que les troubles cérébraux sont passés à l'état d'infirmités acquises, la partie est perdue, et il serait absurde de

continuer la lutte, d'infliger au malade un traitement à perpétuité. Le médecin n'a plus alors qu'à désarmer, bien évidemment. Encore, dans ces conditions même, le traitement ne doit-il pas être abandonné à tout jamais ; l'indication formelle est de le reprendre ultérieurement, non pas dans l'espoir qu'un nouvel essai sera plus heureux, mais en vue de prévenir des récidives toujours possibles et généralement plus graves.

En ce qui nous concerne actuellement, ce qui est essentiel à savoir, ce dont il faut bien se pénétrer, c'est que, pour être utile, véritablement efficace, le traitement spécifique doit être poursuivi longtemps, très-longtemps, c'est-à-dire (à ne parler même que du traitement immédiat) pendant une durée qui n'a pour mesure que le degré même de résistance de la maladie.

Et, à ce propos, deux remarques doivent trouver place ici.

D'abord, il est des cas où une amélioration quelconque, où un effet curatif quelconque de la médication spécifique ne commence à se manifester que plus ou moins tardivement. J'ai vu (et tout le monde a vu) des malades sur lesquels le traitement ne semble produire aucun effet au début, puis qui plus tard en éprouvent un bénéfice des plus manifestes. Plusieurs semaines, par exemple, peuvent s'écouler sans amener une modification appréciable dans les symptômes morbides ; on en est presque à désespérer, à douter de l'opportunité de la médication antisyphilitique, quand une détente se produit tout à coup, quand les phénomènes pathologiques viennent à subir un premier et tardif amendement.

C'est dans les cas de cet ordre, Messieurs, qu'il importe surtout de savoir attendre. Savoir attendre, cela est à coup sûr plus facile à formuler théoriquement qu'à mettre en pratique, et le médecin a souvent besoin d'une grande assurance, d'une rare autorité sur son malade et sur lui-même, pour persister quand même dans un traitement qui ne paraît rien produire, pour résister aux sollicitations inverses qui l'assiégent non moins qu'à son impatience propre, et pour dire résolûment : « Jusqu'ici ma médication est restée inactive, mais n'importe ! Je suis ou je crois être dans la bonne voie ; donc, je ne la quitterai pas. » Tenez-le pour certain, Messieurs, cette persistance nécessaire dans un mode de traitement que semble condamner l'absence de tout heureux résultat est bien souvent difficile à obtenir des malades, et non moins difficile à obtenir de soi-même.

Au reste, je dois le dire, les cas auxquels je fais allusion ici

ne sont pas très-communs. Loin de là. Ce qui est bien plus habituel, au contraire, c'est que la médication spécifique, alors qu'elle doit aboutir à bonne fin, se traduise à brève échéance par quelque modification de favorable augure. Et je vois de mauvais œil, pour ma part, les malades qui, après un traitement énergique de quelques semaines, n'en ressentent encore aucun effet, aucun soulagement. Ce silence obstiné de la médication me semble plus que suspect; cette nullité d'action thérapeutique ne présage rien que de fâcheux, en général tout au moins.

En second lieu, il est un autre ordre de circonstances dans lesquelles une amélioration partielle, plus ou moins rapidement acquise, est souvent lente à se généraliser, à se compléter.

C'est ainsi qu'on voit parfois le traitement faire justice à bref délai de divers symptômes et en laisser subsister longtemps quelques autres. Sur certains malades, par exemple, la disparition hâtive de la céphalée, de l'épilepsie, de l'aphasie, de divers phénomènes congestifs, est suivie de la persistance à long terme d'autres troubles morbides, tels que paralysies (paralysies oculaires et surtout hémiplégie), troubles intellectuels, amnésie, névrite optique, etc. Et souvent ces derniers troubles, au-delà de l'amélioration première, réclament plusieurs mois avant de s'effacer complétement.

Donc, pour ces diverses considérations, le traitement des accidents cérébraux de la syphilis demande presque toujours à être longuement prolongé. Et notez qne nous avons seulement en vue pour l'instant le traitement curatif initial, immédiat ; plus tard nous parlerons de celui qui s'adresse après guérison à la possibilité de récidives ultérieures.

Mais surgit alors une question pratique des plus importantes : Si ce traitement doit être long, comme nous venons de le dire, de quelle façon devra-t-il être dirigé pour conserver, en dépit des effets atténuants de l'accoutumance, son intensité première ?

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Note sur l'opération du phimosis par la ligature élastique ;

Par le docteur Jude Hue (de Rouen).

Les indications de l'opération du phimosis sont extrêmement nombreuses. Outre les cas, en effet, où l'ouverture préputiale forme obstacle au libre cours des urines ou au passage du gland en érection, le simple allongement du prépuce, par un mécanisme facile à saisir, est la cause fréquente de l'incontinence nocturne des enfants, de masturbations précoces et de pertes séminales.

Si, à ces indications principales et formelles on joint celle de la difficulté d'entretenir dans un état convenable deux muqueuses adossées qui sécrètent une matière sébacée facilement altérable, celle surtout de la contagion presque inévitable dans un coït impur, on comprend que le législateur des Hébreux ait fait de la circoncision une pratique religieuse.

Aussi, sans vouloir soumettre le genre humain à cette salutaire loi de Moïse, est-il permis de penser que cette opération est loin d'être pratiquée aussi souvent qu'elle devrait l'être. Je n'en citerai pour preuve que celle d'un vieillard vigoureusement constitué guéri de rétrécissements et de fistules urinaires multiples que je présentai à la Société de médecine de Rouen au mois d'août 1876 et dont le gland était resté captif pendant soixante et dix ans (1).

Cette non-intervention est due à un certain nombre de causes :

Et d'abord, les autorités ne sont point d'accord sur la valeur relative et les indications de la divulsion, de l'incision, de l'excitation partielle ou totale du prépuce. L'exécution opératoire, toute simple qu'elle paraît, n'est point sans présenter quelques difficultés. La seule section de la muqueuse a été jugée digne de l'attention et de l'ingéniosité de chirurgiens tels que Nélaton, Vidal, Ricord, Sédillot, Le Fort, Panas, pour ne citer que les plus illustres parmi les modernes, et le nombre des procédés et des instruments introduits dans ce but pourrait faire douter qu'il

(1) *Union médicale de la Seine-Inférieure*, n° du 15 octobre 1876.

y en eût un d'irréprochable (1). En tout cas, l'opération du phimosis, quelque simple qu'elle soit, par tous les procédés d'exérèse et de diérèse employés jusqu'ici et qui ont pour moyen l'intrument tranchant, réclame néanmoins une main chirurgicale : il faut bien prendre ses mesures, revenir souvent à deux fois pour sectionner les muqueuses, souvent lier un vaisseau, toujours faire des sutures délicates ou appliquer des serres-fines. De plus, outre qu'elle est soumise naturellement aux dangers de toute opération, elle est sujette encore à certaines complications qui lui sont spéciales : telles sont l'œdème du prépuce et du fourreau de la verge, la rupture des sutures par les érections, si rebelles et si ennuyeuses dans ces cas. Ce dernier accident n'est pas sans gravité, car il peut en résulter l'échec de la réunion par première intention et la production d'un large bourrelet cicatriciel qui viendra, pour longtemps, entraver les rapports sexuels.

Si l'on ajoute à cela que l'opération est réellement très-douloureuse, qu'elle occasionne pour un adulte une notable perte de temps, que chez beaucoup d'enfants elle devient une opération grave, puisqu'elle ne pourrait facilement être accomplie sans le secours du chloroforme, on s'explique qu'elle ne soit généralement pratiquée que dans les cas urgents, quand le patient la réclame, et qu'elle ne le soit presque jamais comme mesure préventive des mauvaises habitudes, des accidents et des contagions qu'un prépuce développé réserve souvent à celui qui le porte.

Procédé de l'auteur. Le procédé que je propose fait disparaître tous ces inconvénients. Il est d'une extrême simplicité, car il suffit de charger, dans une anse de caoutchouc convenablement serrée, la partie médiane et supérieure du prépuce et de laisser au fil élastique dont nous connaissons les propriétés le soin de faire la section.

L'instrumentation se compose d'une aiguille enfilée d'un fil de caoutchouc et boutonnée de cire vierge, d'une pince à pression continue, d'un bout de fil ciré. Il n'y a point besoin d'aides, à moins qu'il ne s'agisse d'un enfant auquel il faille tenir les mains.

---

(1) Cela soit dit sans vouloir nullement nier les excellents résultats que tous ces procédés, en particulier celui de M. Panas, peuvent donner dans les cas où la circoncision est nécessaire.

L'exécution opératoire peut se diviser en cinq temps qui ne sont, à vrai dire, que des mouvements : 1° marquer à l'encre, sur la partie supérieure et médiane du prépuce, à la hauteur de la couronne du gland, le point où doit émerger l'aiguille ; 2° introduire, jusqu'au point correspondant, l'aiguille sur le prépuce et transfixer celui-ci ; 3° saisir l'extrémité du fil de caoutchouc, venue à la suite de l'aiguille sur la face cutanée du prépuce, et retirer l'aiguille ; 4° réunir en avant les deux extrémités du fil de caoutchouc en exerçant sur elles une légère et convenable traction ; 5° fixer la tension de l'anse élastique ainsi formée à l'aide d'une pince à pression continue qu'on remplace incontinent par une ligature de fil ciré. Le tout s'accomplit en quelques minutes. La seule partie douloureuse de l'opération, la transfixion du prépuce, est l'affaire d'un instant, ce qui rend l'opération facile chez les enfants et permet de la pratiquer, chez eux, à tout âge, comme mesure préventive des inconvénients et des dangers du port d'un long prépuce.

Les suites de l'opération sont des plus simples. En dix à quatorze jours l'anse élastique tombe et, de dix à vingt jours après, la cicatrisation est complète, sans que le sujet ait eu d'autres précautions à prendre que quelques soins de propreté et de protéger la ligature par un tour de bande.

J'ai, depuis trois années, pratiqué cette opérafion une trentaine de fois et la guérison a toujours été obtenue dans les quatre semaines qui ont suivi la ligature. Mes amis et anciens collègues M. le docteur Chambé, médecin-major de première classe au 74ᵉ de ligne ; M. le docteur Debout, médecin-major au 20ᵉ bataillon de chasseurs ; M. le professeur du Cazal, ont bien voulu expérimenter mon procédé et ont pratiqué l'opération vingt-neuf fois. D'après les tableaux exacts qu'ils ont bien voulu me remettre, la guérison a été obtenue, chez les opérés de M. Chambé, du dix-huitième au vingt-neuvième jour ; chez les opérés de M. Debout, du dix-huitième au trentième, et du dix-septième au vingt-neuvième jour chez les opérés de M. du Cazal. M. le docteur Helot, chirurgien en chef à l'Hospice général de Rouen, a aussi pratiqué l'opération une douzaine de fois. Ces messieurs, pas plus que moi, n'ont eu l'ombre d'un accident ou d'une complication quelconque.

Aucun de mes opérés adultes n'a, du fait de l'opération, perdu un jour de travail : pourtant, un d'eux était charretier et se li-

vrait du matin au soir à son rude labeur. Un samedi, cependant, vers le huitième jour de la ligature, je trouvai chez ce dernier les bords de la plaie un peu rouges, et, sur mon conseil, il garda le lit la matinée du dimanche. Je n'ai observé qu'une seule fois un gonflement un peu considérable du prépuce. Il survint, vers le cinquième jour, chez un enfant de sept ans qui avait trop joué la veille : deux jours de repos et quelques bains locaux en eurent vite raison.

Le résultat définitif est élégant. De l'avis de tous ceux qui ont pratiqué l'opération, et je pourrais ajouter aux chirurgiens que j'ai déjà nommés MM. les docteurs Millet, Brisset, Ebrtein, Chagnaux et d'autres encore, il est bien supérieur à celui que donnent les autres procédés. La circoncision est une dénudation disgracieuse. L'incision supérieure ou inférieure de la membrane préputiale est, par tous les auteurs, accusée de laisser, de chaque côté du gland, deux pendants de peau qu'on a comparés à des oreilles. Je ne saurais dire pourquoi la division à l'aide de la ligature élastique n'a pas le même inconvénient; ce qu'il y a de certain, comme j'ai mis, à plusieurs reprises, la Société de médecine de Rouen à même de le vérifier (1), c'est qu'elle ne l'a pas; que le gland, à demi découvert, se présente bien dans une ouverture ovalaire à bords bien ténus et que, au point de vue de la forme, les opérés ne le cèdent en rien à ceux dont le prépuce normalement conformé n'a point subi d'intervention chirurgicale.

En résumé, l'opération du phimosis que je propose est la ligature élastique appliquée à la section de la partie médiane et supérieure du prépuce. Elle se pratique en quelques instants et, autant qu'il est permis de conclure par quatre-vingts opérations environ qui ont été pratiquées à Rouen à ma connaissance, met à l'abri de toutes les complications qui peuvent arriver avec les autres procédés. Elle donne un résultat esthétiquement supérieur et, par sa grande simplicité, met l'opération du phimosis à la portée de tous les praticiens, quelles que soient leurs aptitudes chirurgicales. On pourrait dire que c'est, dans l'espèce, la chirurgie rendue trop facile.

Je crois devoir compléter ce court exposé par quelques considérations pratiques.

---

(1) J'ai présenté à la Société de médecine de Rouen cinq opérés : un en août 1876 et quatre en avril 1878.

Un point important est de ne point trop serrer la ligature élastique, que la section se fasse lentement afin de permettre aux adhérences entre la muqueuse et la peau et même à un commencement de cicatrisation de se produire en arrière du fil. Pour cela, la division doit s'effectuer en dix à quatorze jours. On comprend que, si elle était beaucoup plus rapide, la plaie qui en résulterait se rapprocherait beaucoup de celle que ferait un instrument tranchant et qu'on serait exposé à en avoir aussi les inconvénients : écartement de la muqueuse et de la peau, hémorrhagie peut-être, guérison tardive suivie d'une large cicatrice.

Il faut néanmoins que la ligature soit assez serrée et reste efficace jusqu'à la fin. Sans cela le fil, entourant lâchement les tissus, ne fait qu'irriter les lèvres de la section, amène leur épaississement et leur induration. Un fait beaucoup plus rare est que le fil élastique détermine si peu d'inflammation sur son passage, que la réunion par première intention, si l'on n'y veille, s'établisse en arrière de lui. L'ouverture du prépuce s'en trouve diminuée d'autant et l'opération peut être à recommencer.

Il est aisé d'éviter ces inconvénients. En revoyant les opérés tous les deux jours environ, on desserre le fil s'il coupe trop vite, on le resserre s'il est lâche, on écarte les lèvres de la section si elles ont de la tendance à se réunir.

En observant ces simples conseils, qui me sont dictés aujourd'hui par une expérience de plus de cent opérations pratiquées à Rouen tant par moi que par les confrères qui ont jugé favorablement mon procédé, je ne doute pas que ceux qui l'adopteront n'en obtiennent les résultats les plus satisfaisants tant au point de vue fonctionnel qu'au point de vue de la forme.

Comme j'avais l'honneur de le faire remarquer, le 7 août dernier, en présentant à la Société de chirurgie quatre hommes pris au hasard parmi les opérés de mon distingué confrère et ami M. le médecin-major Chambé, le résultat est d'autant plus beau qu'on s'éloigne du jour de l'opération. Ainsi, il restait encore un peu d'induration chez un homme qui avait été opéré le 21 avril précédent ; l'induration était à peine perceptible chez deux autres qui avaient été opérés au mois de mars ; enfin, chez le quatrième, qui avait été opéré au mois de juillet 1877, les lèvres de la section étaient émoussées et atrophiées, la cicatrice elle-même avait disparu, il fallait la chercher avec grand soin pour en découvrir la trace et il eût été impossible, à la vue de

la verge de cet homme, de soupçonner qu'elle eût jamais été le siége d'une opération.

Le résultat sera évidemment moins parfait et moins prompt si on applique la ligature élastique chez un adulte, pour un prépuce hypertrophié, long et charnu, qui eût été peut-être plutôt justiciable de la circoncision. Néanmoins, même dans ce cas, il ne faudrait pas perdre espoir à la vue du résultat immédiat ; le prépuce, dépourvu de ses fonctions, va commencer un mouvement de recul, de résorption et d'atrophie et tout peut s'harmoniser avec un peu de temps, comme la chose est arrivée chez trois des malades que j'ai dû opérer à l'hôpital du Midi, à la gracieuseté de M. le docteur Horteloup.

Cependant il a toujours été loin de ma pensée que la ligature élastique fût destinée à remplacer tous les autres procédés et dans toute circonstance, quand il existe des adhérences ou une hypertrophie du prépuce par exemple. Mais je suis convaincu, et aujourd'hui d'expérience, qu'elle peut être appliquée avec fruit à découvrir le gland chez le plus grand nombre, qu'elle est d'un avantage inestimable chez les enfants et qu'en rendant l'opération du phimosis à la portée de tous et sans complications à craindre, elle pourra être faite toutes les fois qu'elle apparaîtra nécessaire ou seulement désirable et même comme mesure préventive d'inconvénients possibles à venir.

CORRESPONDANCE

Une épidémie de dengue à Benghazi (Cyrénaïque).

A M. DUJARDIN-BEAUMETZ, secrétaire de la rédaction.

Nous venons de traverser une épidémie de dengue, sur les principaux traits de laquelle je viens vous prier de vouloir bien me permettre de vous dire quelques mots ; mais, avant d'entrer en matière, permettez-moi de vous rappeler aussi ce que c'est que Benghazi.

Il est généralement admis que la ville de Benghazi est l'ancienne Bérénice, sur les débris de laquelle elle s'élève, sans montrer toutefois aucun vestige de l'ancienne cité, qui florissait encore du temps de Justinien. Bérénice était fille de Mayos et de Ptolémée Philadelphe I[er], roi d'Egypte.

PARIS – Impr. J. CLAYE. — A. QUANTIN et Ce, rue St-Benoît. —[1887]

Cette partie de l'Afrique était autrefois commandée par cinq villes principales : Cyrène, la plus importante d'entre elles, était la capitale de cette Pentapole; elle n'existe plus que par ses vastes ruines, qui en indiquent l'importance passée. Actuellement elle n'en possède que deux : Dernah, l'ancienne Dardanis, et Benghazi, capitale de la province de ce nom ; elle appartient à la Turquie et elle dépend du vilay et de Tripoli de Barbarie.

Benghazi est située sur le littoral africain de la Méditerranée, au milieu d'une plaine fertile, aux trois quarts envahie par la mer.

La ville est sale et d'un aspect misérable, elle offre peu d'étendue ; les maisons des indigènes ne se composent en général que d'un rez-de-chaussée dont les différentes pièces sont sombres, humides, privées d'air et éclairées par des fenêtres fort étroites. Le couvent des Franciscains, celui des sœurs de Saint-Joseph, ainsi que les belles et vastes maisons de M. Vella et de quelques autres négociants maltais, sont construits en style néo-grec.

Beechey, un voyageur anglais qui a visité Benghazi en janvier 1822, évalue sa population à 2 000 âmes ; elle s'élève aujourd'hui à 14 000 habitants, presque tous musulmans ; on y compte aussi 150 chrétiens et une centaine d'israélites. Cette population est sobre, laborieuse et de bonne constitution. L'orge est la base de la nourriture des Benghaziens ; le blé, la laine, les bestiaux et le beurre constituent leur grand commerce d'exportation.

A quelques kilomètres de Benghazi commencent les grandes cultures d'orge et de blé, les jardins maraîchers et d'arbres fruitiers ; c'est là que croît aussi le *thapsia silphium* de Viviani, signalé dans ces derniers temps comme étant le *silphion* des Grecs. Le *Bulletin général de Thérapeutique* (1), par la plume si autorisée de l'honorable M. Stanislas Martin, a réduit à sa juste valeur tout le bruit fait autour de cette plante et des granules qu'on en prépare.

Le climat de Benghazi est doux, tempéré et fort agréable, on y jouit d'un printemps qu'on pourrait dire perpétuel.

Dans la saison fraîche, le thermomètre centigrade marque régulièrement de 15 à 18 degrés.

Les vents d'est ou *kibleh*, venant du désert, le font accidentellement monter à 30 et 35 degrés. Cette chaleur extraordinaire ne s'observe qu'en août et septembre.

Les pluies, qui tombent depuis octobre à février, ne sont ni fortes ni abondantes ; si elles viennent à manquer à l'époque des semis, elles exposent les habitants, qui ne font aucune réserve de grains, à la famine et à ses horreurs. C'est à la suite des affreux ravages que la famine a faits en avril 1858 et 1874, qu'on vit éclater la peste bubonique. L'épidémie de 1858 a été très-bien décrite par M. le docteur Bartoletti, inspecteur actuel des ser-

(1) Voir le *Bulletin* du 15 juillet 1876, p. 23.

vices sanitaires de l'empire ottoman, que la Sublime Porte avait délégué en mission à cette époque (1). Quoi qu'il en soit, le climat de Benghazi est en général sain, il n'y a point de marais, et, si l'on en excepte quelques salines à l'est de la ville et son incurie, on n'y voit aucune de ces causes d'insalubrité qui abondent dans plusieurs autres villes de l'Orient. Les maladies endémiques et surtout les fièvres palustres, les dysenteries, les ophthalmies, les maladies du foie, etc., si communes à Alexandrie, sous la latitude de laquelle nous nous trouvons, y sont très-rares. La ville est battue par tous les vents et continuellement rafraîchie par les brises du nord-est, vents de mer qui prédominent ; l'air, sans cesse renouvelé, neutralise en partie les conséquences du défaut d'hygiène publique et contribue apparemment à l'état sanitaire, relativement assez satisfaisant, dont le pays jouit habituellement. Sur plus de 400 soldats dont se compose actuellement notre garnison, il m'est arrivé souvent, et pendant plusieurs jours, de n'avoir aucun malade à l'hôpital. C'est dans un de ces moments de répit que la dengue est venue nous surprendre, en 1878.

Elle a débuté vers les premiers jours du mois d'octobre, par des cas sporadiques éclatant sans prodromes : au milieu de la santé la plus parfaite, le malade est pris de frissons, de la fièvre, de la céphalalgie et de douleurs musculaires et articulaires, sans rougeur ni gonflement ; du deuxième au troisième jour, la fièvre tombe ou devient modérée, les douleurs des muscles et des articulations se dissipent, excepté toutefois celles des lombes et la céphalalgie, qui persistent encore, elles constituent presque les seuls symptômes dont le malade se plaint.

Du troisième au quatrième jour, jamais avant, une éruption cutanée, se rapprochant plutôt de la scarlatine, apparaissait au visage, au cou et à la paume des mains, je me hâte d'ajouter que cette efflorescence, loin d'être constante, a manqué complétement dans plus du tiers des cas que j'ai observés.

A la fin du quatrième jour, il y avait habituellement une rémission évidente, la céphalalgie ainsi que la rachialgie disparaissaient et le malade entrait en convalescence ; celle-ci, à l'exception de quelques cas graves, n'était pas pénible, ce qui fatiguait le plus le malade c'était la mauvaise bouche qu'il ressentait. Les rechutes ont été très-rares et la mortalité nulle, malgré les caractères épidémiques et la gravité apparente des symptômes.

A partir du 20 octobre, l'épidémie a affecté une marche plus rapide. Il n'y avait presque pas de maisons sans un ou deux malades.

Vers les premiers jours de novembre, la maladie est entrée dans une phase décroissante et elle a cessé complétement vers la fin du même mois, après avoir frappé la moitié de la population :

---

(1) Voir *Gazette médicale d'Orient*, septembre 1858, p. 105.

hommes, femmes et enfants, sans attaquer toutefois aucun noir, sur plus de 1 500 que l'on y compte.

Le traitement que j'ai suivi a été des plus simples : un laxatif d'abord, le sulfate de quinine avec une limonade minérale gommeuse le lendemain, et le repos, suffisaient pour permettre au malade de vaquer à ses occupations du quatrième au cinquième jour.

Telle a été la dengue de Benghazi, connue dans le pays sous le nom d'*abou-dobous*, et dont la dernière épidémie date de 1856. Elle a présenté une nuance qui lui est particulière : la rareté de l'exanthème, qui a été beaucoup plus constante que dans d'autres épidémies connues. Elle s'est distinguée enfin par l'immunité remarquable qu'ont montrée les noirs, qui cependant ne sont pas épargnés ailleurs, en Egypte, au Sénégal, etc.

J'ai la conviction qu'elle n'a pas été importée et qu'elle est née spontanément sans avoir pu saisir encore aucune des circonstances qui ont favorisé son éclosion, et sans se propager dans nos environs. La diffusion de l'épidémie hors de nos murs a été, par conséquent, nulle.

Le docteur Sparrow, dit M. Proust dans son excellent essai sur l'hygiène internationale (p. 36), en notant les avantages qu'il a retirés de l'isolement et de la séquestration des malades, paraît confirmer la transmissibilité de la dengue. J'ai entrepris une série d'expériences dans ce sens, dont la relation est à votre disposition ; je ne manquerai pas de vous la faire tenir, par la plus prochaine occasion.

Veuillez agréer, etc.

Dr PASQUA,
Médecin en chef de l'hôpital militaire.

Benghazi, le 15 décembre 1878.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, par M. Alphonse GUÉRIN, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, etc. Paris, V. Adrien Delahaye, 1878.

Les leçons que M. le docteur Alph. Guérin vient de publier forment la suite, depuis longtemps attendue, de celles faites par le savant chirurgien à l'hôpital de Lourcine sur les maladies des organes externes de la génération.

Trouvant « qu'il y avait toujours beaucoup à apprendre sur un sujet des moins connus de la pathologie », l'auteur a attendu plus de dix ans avant de faire part au monde médical des résultats d'une grande expérience, de recherches patientes, d'observations consciencieuses. L'intérêt

qui s'attache à ces leçons cliniques est bien propre à faire désirer que M. Guérin ne tarde pas à publier dans un dernier volume, ainsi qu'il le promet, l'étude de quelques maladies qui n'ont pu trouver place dans celui qu'il fait paraître aujourd'hui.

Après avoir, dans son introduction, indiqué d'une façon pratique les différentes manœuvres que nécessite l'étude des maladies qui affectent les organes génitaux internes : examen au spéculum, toucher, hystérométrie, l'auteur consacre sa première leçon à l'étude de la menstruation afin de bien montrer l'influence considérable de ce phénomène sur la pathologie génitale.

L'étude de la métrite, qui vient ensuite, est faite en détail. La métrite interne, aiguë ou subaiguë, qu'elle soit limitée au col ou étendue à la fois au col et au corps de l'organe ; la métrite parenchymateuse aiguë, fournissent le sujet de plusieurs leçons dans lesquelles l'étiologie, l'anatomie pathologique, les signes, le diagnostic et le traitement donnent matière à des comparaisons, à des rapprochements instructifs. A propos de la métrite parenchymateuse, M. Guérin émet quelques idées originales touchant l'influence de la métrite dans ses rapports avec *les déviations variables de l'utérus.*

Si la menstruation a une influence incontestable sur le développement de la métrite aiguë, la parturition n'en a pas une moins marquée sur la métrite chronique. L'*engorgement utérin post-puerpéral,* qu'il ne faut pas confondre avec la métrite parenchymateuse, n'est que trop souvent le prélude de la métrite chronique. Le volume de l'utérus, la faiblesse des ligaments, le défaut de fixité qui en résultent pour l'utérus sont les conditions les plus favorables au développement de l'inflammation d'un organe arrêté dans son travail d'évolution. La métrite chronique s'accompagne souvent de lésion du col appréciable à la vue : les granulations, l'inflammation des follicules, les ulcérations. Parmi ces dernières, il importe de distinguer la simple exulcération, qui se rencontre si fréquemment chez les femmes affectées de leucorrhée, et occupe ordinairement la lèvre postérieure du col. Elle est superficielle, ne se prolonge pas dans la cavité du col, saigne facilement, bien que l'épiderme ne soit pas encore entièrement détruit à son niveau, ainsi que le prouve une expérience de M. Guérin.

Quelle est la valeur de l'ulcération au point de vue nosologique ? Est-elle la maladie principale, comme on l'enseignait au temps de Jobert ; ou n'est-elle que la conséquence de l'inflammation du tissu utérin, et ne doit-on pas se refuser à lui donner le nom de *maladie,* ainsi que le veut M. le professeur Gosselin, et après lui M. West ?

M. Guérin pense que « si l'on a donné trop d'importance à l'ulcération du col, cette lésion est parfois un élément important de la maladie. » Si la macération de l'épithélium du col ne donne jamais lieu à aucun symptôme de maladie, il en est autrement d'une petite ulcération qui siége à la marge de l'orifice du museau de tanche. « Les bords sont nets et indiquent qu'elle a une certaine profondeur, son fond est grisâtre, ressemblant un peu à un chancre mou qui aurait une forme allongée, mais il en diffère par la dureté du bord ; la douleur est presque aussi vive que celle de la fissure à l'anus. » Celle-ci réclame un traitement spécial.

Après un exposé des signes de la métrite chronique et une discussion approfondie du diagnostic de cette affection, l'auteur insiste comme il convient sur la nécessité d'un traitement suivi avec une grande persévérance. A côté de l'inflammation de l'utérus vient se placer la congestion pelvienne, dont l'histoire forme un chapitre intéressant au point de vue pratique.

Mais que faut-il appeler *congestion pelvienne ?*

« Si vous voulez, dit M. Guérin, avoir une idée de la congestion pelvienne, rappelez-vous ce que je vous ai dit de la menstruation : « A ce moment, tous les vaisseaux sanguins sont distendus par le sang, qui donne aux tissus les plus pâles à l'état normal une coloration d'un rouge vif. Tous les organes de la génération sont gonflés, la vulve rougit, et les tissus érectiles, ceux du clitoris et du bulbe sont gorgés de sang, aussi bien que l'utérus et les ovaires. Si cet état n'est que passager, il reste dans les limites de la fonction physiologique ; s'il persiste ou s'il se produit *en dehors* de la menstruation avec des conditions *de durée*, il constitue l'état morbide que j'appelle la congestion pelvienne. »

Après avoir consacré quelques pages à l'engorgement de l'utérus, M. Guérin aborde l'étude du phlegmon du ligament large.

Oubliant à dessein que certains signes considérés jusqu'à ces derniers temps comme propres au phlegmon du ligament large doivent maintenant faire songer à une autre affection péri-utérine, l'auteur analyse les travaux de Nonot, Valleix, ceux de MM. Bernutz et Goupil, de N. Gueneau de Mussy, de Frarier, discute leurs opinions et trace le tableau classique du phlegmon du ligament large.

Les signes rationnels et ceux fournis par le toucher vaginal et par le palper abdominal sont exposés avec toute la précision qui est nécessaire pour établir un diagnostic en distinguant le phlegmon de l'ovarite de la pelvi-péritonite, de la métrite, de l'hématocèle rétro-utérine.

Les inflammations péri-utérines qui ont pour siége les vaisseaux ou les ganglions lympathiques, avec ou sans propagation au tissu cellulaire environnant, sont étudiées avec un soin tout particulier. Il s'agit là en effet d'une affection que M. Guérin a le mérite d'avoir reconnue le premier et distinguée cliniquement du phlegmon du ligament large avec lequel elle a été jusqu'à lui confondue. Instruit par l'observation d'un fait dans lequel, après avoir constaté tous les signes jusqu'alors attribués au phlegmon du ligament large, il découvrit à l'autopsie une lympho-adénite suppurée juxta-pubienne, M. Guérin a eu depuis lors mainte occasion d'étudier l'inflammation des vaisseaux lymphatiques qui viennent de l'utérus, ainsi que celle des ganglions dans lesquels ils se rendent et du tissu cellulaire qui les entoure. Il lui a été donné d'assister à l'évolution de cette phlegmasie ; il a pu sentir avec le doigt sur les côtés de l'utérus, soit au-dessous et en arrière du ligament large, soit en avant entre l'utérus et le canal crural, une traînée lymphatique sous forme d'un cordon du volume d'une plume d'oie ou du petit doigt, sensible à la pression. Quelques jours plus tard il constatait qu'une gangue de tissu cellulaire enflammé avait englobé les vaisseaux lymphatiques naguère isolés et distincts.

Une seconde autopsie, à laquelle nous avons assisté alors que nous

avions l'honneur d'être l'interne de M. Guérin, est venue confirmer pleinement le diagnostic porté par notre excellent maître.

On lira avec fruit la relation détaillée de plusieurs observations d'adénolymphite intrapelvienne ayant des siéges divers, et d'adéno-phlegmon juxta-pubien. L'inflammation juxta-pubienne paraît la plus fréquemment observée : « Quand les ganglions s'enflamment, ils forment une tumeur marronnée située derrière le ligament de Poupart, et quand l'inflammation s'étend au tissu cellulaire, la tumeur s'aplatit d'avant en arrière en tapissant le pubis depuis sa branche horizontale jusqu'au trou sons-pubien et s'étendant souvent bien au delà en arrière et sur les côtés. Ce n'est pas seulement le tissu cellulaire du bassin qui devient le siége du phlegmon ; l'inflammation gagne plus tard celui qui existe derrière la paroi abdominale antérieure entre la couche musculeuse et le péritoine, de manière à figurer cette plaque résistante à laquelle Chomel avait donné le nom de *plastron* abdominal, la croyant, comme tous les auteurs qui ont écrit après lui, un signe pathognomonique du phlegmon du ligament large. Par suite de cette inflammation, le doigt introduit dans le vagin trouvera la paroi de ce conduit en rapport avec des tissus enflammés qui donneront la sensation d'un œdème s'étendant jusqu'au-delà du col de l'utérus. »

Plusieurs fois M. Guérin n'a pas constaté l'effacement du cul-de-sac du côté où la tumeur s'est développée. Or, cet effacement est la règle dans le phlegmon du ligament large. Il pourrait se faire que l'absence de ce signe acquît une grande valeur diagnostique. Le traitement est une pierre de touche pour le diagnostic. Lorsqu'on est en présence d'une adéno-lymphite, il suffit d'appliquer un ou deux larges vésicatoires pour voir la douleur disparaître comme par enchantement et la tumeur diminuer beaucoup plus vite que s'il s'agissait d'une pelvi-péritonite ou d'un phlegmon du ligament large.

Uue autopsie a été également il y a quelque temps l'origine de la découverte de la pelvi-péritonite, dont les signes avaient été, jusqu'à M. Bernutz, attribués au phlegmon péri-utérin. M. Guérin rappelle les discussions auxquelles donna lieu cette découverte et étudie avec soin l'histoire clinique de cette maladie. Le diagnostic ne doit pas se borner à reconnaître l'existence de l'inflammation du péritoine pelvien, mais à savoir s'il existe de simples adhérences avec un peu de sérosité dans les interstices des néo-membranes, ou s'il y a un véritable abcès, la marche, la terminaison et le traitement n'étant pas semblables dans les deux cas.

L'*ovarite* aiguë ne peut guère être reconnue qu'au début alors que les signes qu'elle présente ne sont pas marqués par la pelvi-péritonite qui vient rapidement la compliquer. Le siége de la tumeur à une certaine distance de l'utérus, la douleur au palper et au toucher joints à la forme de cette tumeur, qui n'est autre que celle de l'ovaire, sont les signes physiques sur lesquels on se basera pour établir le diagnostic.

Si l'on doit rejeter l'influence de la blennorrhagie sur la production de l'ovarite, il n'en est pas de même de la sulpingite, affection presque impossible à diagnostiquer et dont on sait seulement qu'elle est une cause fréquente de pelvi-péritonite.

Les dernières leçons de M. Guérin sont consacrées à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine, du cancer vrai de l'utérus, de l'épithélium du col,

de la chute de l'utérus, et de l'hypertrophie du col de cet organe. Une part très-large est faite à la discussion du traitement de ces deux dernières maladies.

Dr A. Ribemont,
Maître de conférences d'accouchement
à la Faculté de médecine de Bordeaux.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 6 et 13 janvier 1879 ; présidence de M. Daubrée.

De la greffe animale dans ses applications à la thérapeutique de certaines lésions de l'appareil dentaire. — Note de M. E. Magitot.

« Dans une communication antérieure (1), j'ai présenté à l'Académie, en commun avec un physiologiste regretté, Ch. Legros, des faits de greffe de follicules dentaires chez certaines espèces de mammifères. Aujourd'hui, j'aborderai un nouveau problème, celui de la greffe d'organes dentaires adultes, et, cette fois, l'expérience est de nature à recevoir des applications pratiques.

« La greffe pratiquée aux dépens des organes dentaires se divise en plusieurs variétés. Une première catégorie comprend les greffes de dents enlevées de leurs alvéoles et réimplantées soit de suite, soit après un temps plus ou moins long. C'est la « greffe par restitution ». Elle est ou « immédiate » ou « tardive ». Dans un second groupe, se placent les cas de dents enlevées de leurs alvéoles et transplantées dans un autre, soit chez le même sujet, soit chez un sujet différent ; c'est la « greffe par transposition ». Enfin, dans une troisième catégorie se placent les faits de greffes de dents sur divers points du corps autres que les mâchoires. Les expériences de Hunter, d'A. Cooper, de Philipeaux, etc., en sont des exemples. Ce sera la « greffe hétérotopique ».

« Dans la communication présente, je me bornerai à présenter des faits de greffe par restitution, mais comprenant une variété particulière. Il s'agit, en effet, dans un but thérapeutique, d'enlever un organe à ses connexions normales, d'en supprimer par résection une partie malade, et de réintégrer l'autre partie restée saine en son lieu primitif. C'est une combinaison de la greffe et de la résection (2).

« Mes expériences remontent à 1875. Les trois premières ont été publiées à cette époque (*Gazette des hôpitaux*, 1875, p. 35 et suiv.). D'autres figurent dans la thèse inaugurale de deux de mes élèves, le docteur Pietkiewicz (*Thèse de Paris*, 1876) et le docteur David (*Thèse de Paris*, 1877). Aujourd'hui le nombre de ces opérations atteint le chiffre de soixante-deux.

« L'indication chirurgicale de la greffe combinée à la résection repose

---

(1) *Comptes rendus*, 2 février 1874.

(2) La première tentative de ce genre appartient à M. Delabarre, qui, ayant pratiqué l'ablation d'une dent cause d'abcès et de fistule, fit la résection d'une partie de la racine et la réimplanta avec un plein succès (*Annales du Cercle médical*, 1820, 1re partie, p. 323). La seconde est celle du professeur Alquié (de Montpellier), qui, en 1858, guérit par la même opération une fistule ancienne du menton (*Bulletin de Thérapeutique*, 30 mars 1858).

essentiellement sur le diagnostic d'une lésion spéciale de l'extrémité radiculaire des dents, caractérisée par la « périostite chronique du sommet », c'est-à-dire inflammation du feuillet périostique, dénudation et nécrose du cément sous-jacent, résorption de l'ivoire. C'est une sorte de mortification de la racine.

« Le processus morbide consiste dans une série d'accidents particuliers : phlegmon de la gencive ou de la face, dénudation et nécrose du bord alvéolaire, fistules muqueuses ou cutanées, etc. Ces accidents revêtent tantôt la forme chronique, tantôt la forme intermittente, et ils peuvent, abandonnés à eux-mêmes, avoir pour conséquences des désordres graves, des difformités et des cicatrices de la face, et des accidents généraux qui peuvent mettre en question la vie des malades.

« Le but thérapeutique, en présence d'une lésion ainsi définie, est la suppression du sommet radiculaire mortifié, qui joue le rôle d'épine inflammatoire. Or, cette suppression n'étant pas réalisable directement, une nécessité s'impose, c'est l'ablation préalable de la totalité de l'organe, permettant de pratiquer en dehors de l'économie la résection de cette portion altérée. C'est à ce moment qu'intervient la greffe, qui permet la restitution de la partie restée saine de l'organe, en son lieu primitif.

« Le manuel opératoire comprend trois temps : 1° ablation totale de la dent chez laquelle le diagnostic d'une périostite chronique du sommet a été établi ; 2° résection chirurgicale de la portion altérée ; 3° réimplantation immédiate (1).

« Les soins consécutifs consistent dans l'application, quelquefois nécessaire, de moyens contentifs (gouttière en gutta-percha), le drainage du foyer, l'ablation de portions alvéolaires mortifiées, etc. ; mais les suites de l'opération sont ordinairement très-simples. Lorsque la consolidation de la greffe s'effectue, il se produit une légère réaction locale, peu ou pas de phénomènes généraux ; les fistules se ferment, le foyer se tarit, et la consolidation complète s'accomplit dans un temps variant de huit à quinze jours. Lorsque, au contraire, la tentative est suivie d'insuccès, la greffe est, dès les premiers jours, éliminée purement et simplement par la suppuration.

« Les résultats que m'a donnés cette méthode opératoire sont établis par les chiffres suivants : 62 opérations ont été faites ; 57 guérisons dénitives ont été constatées, soit une proportion de succès d'environ 92 pour 100 (2).

« *Conclusions.* — 1° La périostite chronique du sommet de la racine des dents, compliquée de lésions de voisinage, phlegmons, abcès, dénudations et nécrose des maxillaires, fistules simples ou multiples, jusqu'ici traitée par l'ablation pure et simple, n'est pas au-dessus des ressources de la thérapeutique conservatrice ;

« 2° Le traitement consiste dans la résection de la portion affectée de la racine, après ablation temporaire de la dent, et suivie de la réimplantation immédiate, ou « greffe par restitution » ;

« 3° La guérison a pour résultat la cessation de tous les accidents. la consolidation définitive de l'organe, par le retour complet de ses connexions vasculaires et le rétablissement de ses usages. »

De la greffe dentaire. — M. David présente la note suivante :

La *greffe* qui donne la raison physiologique de la consolidation des dents

---

(1) Incidemment, entre le deuxième et le troisième temps, le chirurgien pourra pratiquer avant la greffe diverses autres opérations : lavages du foyer purulent, ablation de séquestres, et sur la dent même, résection de certaines portions de la couronne, obturation dans le cas de carie, etc.

(2) Des guérisons datant de deux années et demie, de deux ans, figurent en grand nombre dans nos relevés. L'âge des sujets ne paraît avoir exercé sur les résultats aucune influence, et toutes les espèces de dents ont pu être indifféremment réséquées et greffées. Dans un bon nombre de cas, la périostite du sommet n'était accompagnée d'aucune carie concomitante ; dans d'autres, une carie coexistante a pu être obturée hors de la bouche,

implantées se fait par l'intermédiaire du périoste et exceptionnellement par l'intermédiaire du périoste et de la pulpe. Les variétés de greffe qui offrent un intérêt chirurgical ont reçu les désignations suivantes :

1° Greffe par restitution. Réimplantation.

2° Greffe d'emprunt { autoplastique. Transposition. / hétéroplastique. Transplantation { humaine. / animale.

La *greffe par restitution*, combinée avec l'extraction, devient un procédé opératoire méthodique que l'auteur a employé :

1° Au redressement de certaines anomalies de direction ;

2° Au traitement de certaines caries dans le but de détruire la pulpe et de pratiquer une bonne obturation ;

3° Au traitement curatif de quelques formes de périostite alvéolo-dentaire pour pouvoir réséquer, au sommet des racines, les parties altérées qui causent si souvent des fistules dentaires ;

4° Ce procédé peut encore faciliter certaines opérations à exécuter sur une autre dent ou sur un point quelconque de la bouche.

Il a donné à M. David 21 succès sur 22 cas d'application.

La *greffe d'emprunt* permet de substituer une dent saine à une dent altérée. La racine saine d'une dent animale peut ainsi être substituée à une racine humaine profondément altérée, et servir de base solide à l'application d'une dent à pivot ; c'est, paraît-il, tout le parti que l'on pourrait tirer de la « transplantation animale ».

La *transplantation humaine*, d'une façon générale, entraîne une mutilation condamnable. Mais on peut quelquefois utiliser des dents saines dont l'extraction est nécessaire à l'arrangement normal des autres. C'est dans la même mesure qu'on peut également pratiquer chez le même sujet la « transposition » d'une dent à une autre.

M. David a pu, avec un succès complet, remplacer, sur une demoiselle de dix-sept ans, les deux incisives latérales supérieures profondément cariées, par deux canines inférieures prises sur deux autres sujets.

La greffe, ainsi appliquée, constitue une puissante ressource pour la chirurgie conservatrice et restauratrice de l'appareil dentaire.

Sur l'innocuité du borax employé dans la conservation des viandes. — Note de M. E. de Cyon.

A propos des observations qui ont été faites sur ses recherches concernant l'action physiologique du borax, l'auteur fait remarquer que, dans le procédé Jourdes, qu'il a employé, on ne trempe pas la viande dans une solution saline. On en saupoudre très-légèrement la surface avec du borax chimiquement pur (de 1 à 2 grammes par kilogramme de viande). La viande reste absolument dans son état normal, et les expériences de l'auteur ont montré qu'elle garde toute sa valeur nutritive. Il ajoute que, bien avant ses expériences, le savant professeur de physiologie de Copenhague, M. Panum, avait mis en évidence la complète innocuité du borax et de l'acide borique employés pour conserver les viandes.

Recherches sur l'action physiologique du maté. — Note de M. L. Couty.

Dans ses expériences, l'auteur a poussé en une ou plusieurs fois, par une sonde œsophagienne, dans l'estomac d'un chien, de l'infusion très-concentrée de maté, en quantités variant de 100 à 400 centimètres cubes.

« On observe, dans ces conditions, vingt à soixante minutes après l'injection stomacale, une série de selles d'abord solides, puis liquides, mais plus ou moins abondantes. Chez certains animaux même, tout se borne à des efforts de défécation, à des épreintes sans expulsion de matières ; chez d'autres, au contraire, surtout si l'on a fait des injections multiples, après une heure et demie ou deux heures, les selles diarrhéiques contiennent déjà des matières résineuses brun verdâtre, résidus du maté poussé dans la première injection. Il y a donc une excitation très-vive des mouvements de l'appareil intestinal, et cependant le gros et le petit intestin, si on les examine directement, paraissent peu volumineux, presque immobiles et comme contracturés ; congestionnés dans toutes leurs tuniques,

sur toute leur longueur, même dans les points que l'infusion de maté n'a pas encore atteints, ils ne présentent cependant ni cette infiltration de leur muqueuse avec rougeur vive, ni cette augmentation des liquides de sécrétion, qui caractérisent l'action des purgatifs.

« L'animal a, dans les intervalles de défécation, de fréquents efforts de miction ; mais la quantité d'urine rendue, quoique probablement augmentée, peut être fort variable. La vessie est congestionnée comme les intestins, comme le foie et les reins ; la rate est, au contraire, peu volumineuse.

« Le pénis s'érige et se tuméfie ; mais ce phénomène est quelquefois à peine appréciable.

« Il y a une accélération considérable des contractions du cœur, dont le nombre peut être presque doublé ; enfin, la pression du sang dans les artères diminue et s'abaisse plus ou moins suivant la quantité de liquide absorbé.

« Au contraire, d'autres organes du système sympathique paraissent rester complétement intacts. Pas de vomissements ; la pupille n'est nullement modifiée ; quoique le cœur soit accéléré, son nerf modérateur, le pneumogastrique, conserve toute son excitabilité ; la sécrétion de la bile, celle de la salive sous-maxillaire n'ont été ni augmentées ni diminuées.

« Enfin, toutes les fonctions de l'encéphale et de la moelle semblent rester normales ; pas de modification nette et constante de la respiration ; pas de trouble directement appréciable des mouvements ou de la sensibilité ; et l'excitation d'un nerf, du nerf sciatique, par exemple, conserve tous ses effets, soit directs, soit réflexes, sur les muscles lisses ou striés. »

Le maté semble donc localiser son influence sur les appareils de la vie organique, et plus spécialement sur des organes qui sont relativement très-indépendants des centres nerveux et surtout de l'encéphale : tels les intestins, la vessie, les nerfs accélérateurs du cœur... Au contraire, le maté ne paraît agir ni sur les centres nerveux, ni sur les appareils nerveux de la vie organique, qui, comme ceux de la pupille, de l'estomac, de la glande sous-maxillaire, et comme les nerfs modérateurs du cœur, sont en rapport direct et intime avec l'encéphale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 7 et 14 janvier 1879 ; présidence de M. Richet.

Localisations cérébrales. — M. Mordret (du Mans) présente une pièce pathologique provenant d'une malade dont il résume ainsi l'observation :

La fille E... est morte à l'asile de la Sarthe, où elle était depuis plusieurs mois, le 1er janvier.

Cette fille était devenue hémiplégique à la suite d'une attaque d'apoplexie. L'hémiplégie s'améliora d'abord, puis elle fut peu à peu remplacée par une paraplégie incomplète. Les facultés intellectuelles étaient très-affaiblies ; la démence était confirmée depuis longtemps. Quelques jours avant sa mort, elle eut de la toux et quelques râles sibilants. Du reste, pas de fièvre ; le pouls était, au contraire, petit et misérable ; la face devint cyanosée, la dyspnée augmenta et la mort survint.

Autopsie. — Adhérences très-solides de la dure-mère au crâne.

Point d'adhérences de l'arachnoïde au cerveau ni de cette membrane avec l'enveloppe externe ; injection légère.

Plaques athéromateuses multiples dans le tronc basilaire et dans ses principales divisions.

L'écorce cérébrale, dans toute son étendue, est poisseuse et ramollie ; il y a une légère périencéphalite diffuse.

A la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante droite et sur la limite de la scissure interhémisphérique, il y avait un foyer hémorrhagique diffus de 3 centimètres de long sur une profondeur de 2.

A gauche, il s'en trouvait un autre dont le siége était exactement le même.

Enfin, un foyer hémorrhagique plus considérable et en voie de cicatrisation occupait le corps strié droit et une partie de la couche optique.

Cette dernière lésion explique assez bien l'hémiplégie qui était en voie d'amélioration, tandis que la lésion corticale rend compte de la paraplégie plus récente, cette lésion occupant exactement le siége qu'on a assigné aux mouvements des membres inférieurs.

Septicémie. — M. Collin termine la lecture de son mémoire par les considérations suivantes :

On s'effraye beaucoup trop des vibrions, des germes de vibrions, particulièrement en ce qui a trait aux accidents septiques réalisés dans l'économie.

Les êtres microscopiques, les germes plus ou moins dangereux, les ferments sont toujours là ; ils nous entourent, nous pénètrent de toutes parts. Nous ne pouvons jamais absolument leur fermer les portes ; pour eux certaines portes sont toujours ouvertes.

Les accidents de septicité ne sont pas seulement subordonnés à l'entrée de petites quantités de germes ou de matières putrides par les plaies ou par des voies diverses, puisque, dans une foule de circonstances, ces germes ou ces agents de nature indéterminée pénètrent librement les tissus sains, les liquides non altérés, sans produire de troubles morbides appréciables.

Les agents septiques, quels qu'ils soient, ne produisent d'effet que s'ils sont en quantité un peu considérable et en présence de certains états des tissus ou des liquides de l'organisme.

La grande condition du développement de la septicité est l'altération préalable des liquides, la mort des tissus en masse ou d'une partie de leurs éléments constitutifs.

La septicité dans les cas de plaies, de grandes opérations, ne résulte pas seulement de l'altération du pus déjà versé à l'extérieur et de l'absorption des miasmes atmosphériques ; elle est surtout la conséquence des modifications éprouvées par les tissus mêmes et les liquides dans les cavités les plus rapprochées des surfaces mises à nu, modifications qui sont le fait des lésions traumatiques et de l'irritation subséquente. Dans ces tissus superficiels, les éléments malades ou morts deviennent, au même titre que les liquides extérieurs et de la même façon, la proie de la putridité.

S'il nous est impossible d'éviter absolument les ferments putrides, nous pouvons souvent en réduire la quantité et en entraver l'action au point qu'ils n'exercent plus d'influence nuisible.

Ce que nous devons craindre, ce que nous devons éviter, c'est de leur donner les conditions d'existence, de leur préparer les milieux qui leur permettent d'exercer leurs ravages.

En un mot, la thérapeutique, au lieu de se réduire à une chasse aux vibrions, doit viser, avant tout, à mettre ou à remettre l'organisme et chacune de ses parties dans de bonnes conditions de vitalité et de résistance. C'est le traumatisme, c'est la plaie, c'est la lésion enfin qu'il faut traiter avant tout, parce que c'est dans l'organe malade que se préparent, au moins en grande partie, les produits septiques dont l'action générale devient si souvent fatale.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 1er et 8 janvier 1879 ; présidence de M. Tarnier.

De l'ostéomyélite et de l'ostéopériostite. — M. Tillaux. Voici un signe sur lequel on peut s'appuyer dans le diagnostic de l'ostéomyélite et de la périostite phlegmoneuse : dans l'ostéomyélite les articulations voisines, adjacentes, se prennent beaucoup plus facilement que lorsqu'il s'agit d'une ostéopériostite. Je crois qu'il faut distinguer des deux affections,

M. Marjolin. Je partage l'avis de M. Tillaux ; il serait très-intéressant de pouvoir faire dès le début le diagnostic entre l'ostéomyélite et la périostite phlegmoneuse. La périostite phlegmoneuse est comparable au panaris, le malade pourra s'en tirer avec une incision ou l'élimination d'un séquestre. Dans l'ostéomyélite c'est tout différent, ce sont des douleurs centrales térébrantes, sans qu'on sente nulle part de la fluctuation. De plus, cette maladie compromet la vie de l'individu et nécessite souvent des opérations ; mais il peut y avoir coïncidence de ces deux affections, de même qu'il peut y avoir pleuro-pneumonie.

M. Guéniot. Dans la dernière séance, j'ai présenté les pièces d'un enfant qui avait une ostéite de l'extrémité diaphysaire des os longs. Le membre qui est affecté d'ostéite suppurée d'une des extrémités diaphysaires est absolument inerte ; cette pseupo-paralysie est d'autant plus singulière qu'on ne peut la rattacher ni à une lésion musculaire, ni à une lésion du système nerveux; il faut donc la rapporter à la lésion osseuse. Il y a là une inconnue.

Dans une première communication que j'ai faite il y a dix ans, je rattachais ce fait à la douleur et à la brisure des leviers, mais cette hypothèse me satisfait peu aujourd'hui, d'autant moins que les enfants nouveau-nés qui ont des fractures font cependant des mouvements sans paraître arrêtés par la douleur. Chez un enfant, lorsqu'il y a une impotence absolue du membre, je crois qu'il faut songer à une ostéite suppurée des extrémités diaphysaires. Ce fait a donc une grande importance diagnostique.

Quant à la nature de la maladie, on croit généralement aujourd'hui, depuis les recherches de M. Parrot, qu'il s'agit d'une affection syphilitique. Cependant, dans les os d'enfants syphilitiques, M. Parrot insiste sur la présence de dépôts osseux, implantés perpendiculairement à l'axe de la diaphyse. Dans la pièce que j'ai présentée, on ne trouvait pas ces dépôts osseux. Ce sont donc là sans doute deux formes de l'affection.

M. Marjolin. Dans l'ostéomyélite, il y a en général un traumatisme violent. La suppuration n'apparaît que très-tardivement et il y a presque toujours gonflement de l'os, à moins que sous l'influence de la violence du traumatisme l'inflammation ne se développe très-rapidement.

M. Th. Anger. J'ai observé, il y a quelques années, un fait qui s'est terminé par la mort. Un homme de cinquante-quatre ans, maigre, légèrement arthritique, alla à la chasse au mois de septembre 1876 ; le lendemain, quoiqu'il n'eût subi aucune fatigue, il fut pris subitement d'une douleur violente dans la jambe droite. Je le vis presque immédiatement. Cette douleur apparaissait surtout dans la marche ; il n'y avait ni douleur ni gonflement, on ne pouvait déterminer la douleur ni par la pression, ni en tapant sur l'os. Je crus à une névralgie. Pendant un mois il n'y eut aucune modification et la jambe resta absolument intacte. On ne pouvait songer à des douleurs ostéocopes. Du reste, le malade accusait la douleur soit dans le tibia, soit dans la partie moyenne du mollet. Ce ne fut qu'après l'application de vésicatoires, lorsqu'il survint un peu de rougeur et d'œdème, qu'on put découvrir le siége du mal à la partie supérieure du tibia, un peu en dehors. Je fis une incision par laquelle il sortit une grande quantité de pus. La fièvre augmentant, j'appelai M. Labbé, qui fit le diagnostic d'ostéomyélite du tibia. Dès le lendemain nous fîmes une trépanation, il sortit du pus par l ouverture. De même le genou contenant de la sérosité, nous fîmes une ponction de l'article. Dans le courant du mois suivant, il se fit des abcès en différentes régions, tantôt au niveau du maxillaire inférieur, tantôt au niveau du mollet du côté opposé. Cet homme finit par succomber à la pyohémie.

Ce malade avait dès le début des crampes, qui n'empêchaient pas le jeu des articulations. Cela, ajouté aux autres signes, me fit songer à l'existence d'une ostéomyélite profonde, mais le gonflement périostique a complétement manqué pendant plus d'un mois.

M. Després demande que cette question reste à l'ordre du jour. (Accepté.)

Tocographe. — M. Polaillon. Cet instrument, présenté par M. Poulet, est destiné à enregistrer les contractions de l'utérus et des muscles de l'abdomen pendant l'accouchement. Le tracé utérin est formé par une

série de pointes assez aiguës, de plus en plus élevées jusqu'au milieu de la contraction, de plus en plus déclives ensuite. Le tracé abdominal représente une série de plateaux de moins en moins élevés.

Schatz (de Rostock) a précédé M. Poulet dans l'étude graphique de la force nécessitée par l'accouchement, mais sans distinguer la part prise par l'utérus et par les muscles abdominaux.

La rareté des expériences est sans doute due à la difficulté et au danger de ces recherches.

M. Tarnier. M. Poulet est venu me voir à la Maternité, mais je n'ai pas compris comment il arrive à séparer l'effort utérin de l'effort des muscles abdominaux; le tracé utérin me semble indiquer à la fois l'effort utérin et l'effort abdominal, les muscles abdominaux comprimant l'utérus pendant leur contraction.

M. Polaillon. De la totalité de l'effort, M. Poulet retranche l'effort abdominal pour avoir l'effort utérin.

M. Polaillon répond à M. Guéniot qu'il y a eu des expériences faites sur une seule femme chez laquelle le travail était régulier. On n'a pas mesuré la force en grammes, mais on la déduirait facilement de la hauteur de la colonne mercurielle.

M. Guéniot. Dans le chiffre de grammes qui serait fourni par l'expérience, on pourrait avoir une contre-épreuve, pour voir si ces recherches sont à peu près précises.

On a cherché à calculer la force de contraction de l'utérus par la résistance des membranes.

Lorsque les membranes se rompent par le seul fait des contractions utérines, c'est que ces deux forces deviennent égales. Cette expérience n'est pas dangereuse, et elle donne à peu près la force de contraction de l'utérus. Ces recherches ont été faites en Angleterre. L'expérience de M. Poulet peut être très-facilement vérifiée.

M. Tarnier. Quand j'ai imaginé un ballon de caoutchouc pour provoquer l'accouchement, en 1861, quelques mois après un étudiant en médecine a présenté un petit instrument pour mesurer l'effort utérin.

Matthews Duncan, en Angleterre, a repris la question. Il est arrivé à ce résultat que les membranes se rompent sous un effort de 2 à 18 kilogrammes; c'est donc très-variable. Il faut faire des expérieuces directement.

M. Polaillon. L'expérience sur les membranes donne en effet la somme des forces de contraction de l'utérus et des parois abdominales; puis, quand les membranes sont rompues, l'accouchement n'est pas terminé, il y a encore des forces à dépenser. Il est certain que le seul moyen précis, c'est l'introduction d'un ballon dans la cavité utérine.

M. Guéniot. Il faut qu'il reste bien entendu que ces expériences peuvent être très-dangereuses.

Tumeur salivaire consécutive à l'extirpation d'une tumeur parotidienne. Extirpation; guérison. — M. Verneuil. La tumeur parotidienne enlevée par M. Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande), chez une femme de vingt-quatre ans, était un adénome. Au quatrième jour la réunion était complète. M. Martinet recommanda à la malade de ne pas mouvoir les mâchoires et de se contenter d'aliments liquides. Le douzième jour, la malade commença cependant à manger du pain. Presque aussitôt elle vit se reproduire une tumeur fluctuante, molle, à la même place que l'ancienne. On pratiqua une petite incision à la partie inférieure; il s'en écoula de la salive pure. Sous ses yeux, M. Martinet fit mastiquer la malade, la même tumeur se reproduisit. Il conseilla à la malade de reprendre son régime et de faire dans la bouche des injections phéniquées. Dès le lendemain le liquide phéniqué pénétra dans la bouche par le canal de Sténon. Les deux jours suivants, le liquide coula encore par le canal. Dès le cinquième jour la guérison était obtenue.

Ce fait est peut-être encore unique dans la science.

La collection salivaire s'est formée dix jours après l'extirpation d'un néoplasme bénin et cela sous l'influence de la mastication. Les tumeurs bénignes, celles de la parotide en particulier, sont souvent enkystées. La cavité peut être virtuelle, mais elle est prête à recevoir du liquide. Dans

le cas de M. Martinet, la distension de cette poche s'est faite sous l'influence d'une affluence de salive provoquée par la mastication. Si au lieu d'avoir été réunie par première intention la plaie était restée béante, on aurait vu s'écouler de la salive sur la joue.

Le passage dans la bouche du liquide injecté est d'une interprétation très-aisée, par suite de la communication de la cavité traumatique avec l'un des canaux secondaires qui viennent se jeter dans le canal de Sténon. C'est par le même mécanisme que s'est remplie la poche, car dans les canaux de la parotide il n'y a pas de valvule et la salive peut cheminer dans les deux directions.

Pendant ce temps, qu'est devenu le canal de Sténon? Il sera bon de le rechercher désormais dans les cas de ce genre.

La guérison ne peut reconnaître que l'une des trois causes suivantes : la cessation de l'afflux salivaire, l'oblitération de l'orifice par lequel le liquide arrivait dans la cavité, l'oblitération de la cavité elle-même.

Dans ce cas la guérison paraît avoir été due plutôt à la nature elle-même qu'au traitement.

M. M. Sée. Le reflux de la salive dans la poche traumatique peut s'expliquer sans qu'il y ait un obstacle dans le canal.

M. Verneuil. Si le canal de Sténon avait été perméable, cette poche se serait vidée peu à peu. Nous ne savons pas pourquoi certaines plaies de la région parotidienne restent fistuleuses, tandis que d'autres guérissent spontanément. Dans les plaies très-excentriques, alors qu'il n'y a au delà qu'un très-petit groupe d'acini, on peut voir couler sur la joue des flots de salive. Dans ces cas, je crois que l'on peut admettre un reflux.

Elections.— Sont élus membres correspondants nationaux, MM. Bœckel (Jules), de Strasbourg, et Beau (de Brest).

Sont élus membres correspondants étrangers, MM. Bigelow (de Boston), Galli (de Lucques) et Gritti (de Milan).

Elections. — Le Bureau pour 1879 est ainsi constitué : M. Tarnier, président; M. Tillaux, vice-président; M. Lannelongue, premier secrétaire annuel; M. Polaillon, deuxième secrétaire annuel; M. Berger, trésorier; M. Terrier, archiviste.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 10 janvier 1879 ; présidence de M. Hervieux.

Du chloroforme dans les affections cardiaques. — M. Dieulafoy fait un rapport sur un travail de M. Vergely (de Bordeaux), candidat au titre de membre correspondant.

Dans ce travail M. Vergely s'applique à démontrer que le chloroforme, loin d'être contre-indiqué chez les cardiaques, comme on l'a cru jusqu'ici, peut, employé avec prudence, seul ou associé au chlorhydrate de morphine, rendre de grands services dans certaines affections du cœur, en particulier dans celles qui s'accompagnent d'angine de poitrine. M. Vergely rapporte plusieurs observations à l'appui de cette thèse. M. Dieulafoy propose : 1° de renvoyer au comité de publication le travail de M. Vergely ; 2° d'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

Embolie de l'artère poplitée. — M. Duguet présente les pièces d'un malade mort récemment dans son service. Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, exerçant la profession de boulanger, qui est entré dans son service le 2 août 1878, dans l'état suivant : la jambe gauche, dont il ne pouvait plus se servir, était à moitié fléchie sur la cuisse ; la pression des muscles du mollet déterminait une douleur vive ; la température de

cette jambe était inférieure de 1°,7 à celle de l'autre jambe; on constatait une obtusion de la sensibilité dans toute la jambe, jusqu'aux orteils; les artères tibiales ne présentaient presque plus de battements. Il était donc évident qu'on avait affaire à une oblitération artérielle.

Le 29 juillet, trois jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme, en faisant des courses, fut pris dans la jambe gauche d'une douleur subite qui le mit dans l'impossibilité de continuer sa route; il dut se reposer près d'une heure, il eut assez de peine ensuite à rentrer chez lui, et se vit forcé le surlendemain d'entrer à l'hôpital. Outre les troubles que M. Duguet vient de faire connaître, il constata que cet homme, alcoolique, était atteint d'une hypertrophie du cœur, présentait un double souffle à la base, indiquant une lésion double de l'orifice aortique, avait le pouls de Corrigan et offrait un bruit de souffle dans l'artère crurale. Il n'était donc pas douteux qu'on n'eut affaire à une oblitération, par embolie, de l'artère poplitée. Après avoir été mieux pendant quelque temps, ce malade présenta des signes d'asystolie, de l'albuminurie, de l'œdème des membres inférieurs, de la congestion du foie, des hémoptysies indiquant nettement la formation d'infarctus pulmonaires, et ne tarda pas à succomber.

L'autopsie confirma entièrement le diagnostic porté pendant la vie. L'orifice aortique offrait, en effet, les lésions prévues; l'une de ses valvules était presque complétement détruite et l'artère poplitée était oblitérée par un embolus très-probablement formé par un morceau détaché de cette valvule. On trouva des infarctus non-seulement dans les poumons, mais aussi dans les reins et la rate.

M. Laboulbène demande si le caillot oblitérant l'artère poplitée a été examiné au microscope. Cet examen doit être fait pour confirmer l'opinion émise par M. Duguet.

M. Duguet répond que cet examen sera fait ultérieurement.

La liqueur de pepsine. — M. Ball emploie fréquemment la liqueur de pepsine, qui lui a donné toujours de bons résultats, en particulier dans les dyspepsies des tuberculeux. En ayant prescrit à plusieurs malades de son nouveau service à l'hôpital Temporaire, ces malades, le lendemain, présentèrent tous les signes de l'empoisonnement par la belladone. L'interne du service, qui en avait pris également, fut très-sérieusement indisposé et eut même des troubles intellectuels assez prononcés pour qu'il lui fût impossible d'appliquer son esprit à aucun travail. On supposa d'abord qu'il y avait eu quelque substitution de flacons, mais l'interne en pharmacie s'assura qu'il n'en était rien. On fit donc des recherches, et on trouva dans plusieurs flacons de pepsine des traces non équivoques de la présence d'un alcaloïde qui, selon toute vraisemblance, n'est autre que l'atropine. L'un des internes en pharmacie, s'en étant, en effet, injecté quelques gouttes dans l'œil, fut atteint de mydriase. M. Ball a cru utile d'appeler l'attention de ses collègues sur ce fait de pratique. La pepsine employée par M. Ball est la pepsine Boudot.

M. Constantin Paul fait observer qu'il serait urgent de prévenir de ce fait M. Boudot lui-même. Il est probable qu'il s'agit là de quelque erreur de préparation. Cependant on sait que l'on ajoute souvent d'autres médicaments à la pepsine dans les diverses préparations de ce médicament. On fait, entre autres, une pepsine opiacée.

Nota. — Depuis il a été constaté que cette pepsine avait été placée à l'hôpital dans un flacon ayant contenu de l'atropine.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 8 janvier 1879; présidence de M. Féréol.

De la tendance à la suppuration chez les morphiomanes. — M. Dujardin-Beaumetz fait une communication sur la tendance à la

suppuration des morphiomanes. Cette tendance à la suppuration l'avait déjà frappé à diverses reprises. Tout en faisant la part de la seringue et des impuretés de la solution de morphine, on peut remarquer que lorsque le morphiomane est saturé de morphine, toutes les injections, quelque soin qu'on mette à les pratiquer, déterminent des abcès. On a beau changer la seringue de la solution, les abcès se produisent toujours, et il suffit pour les faire disparaître de diminuer les doses et le nombre des piqûres. Il vient d'en observer deux nouveaux cas : dans un d'entre eux, l'injection de morphine a déterminé un phlegmon de la paroi abdominale, qui a occasionné la mort de la malade. M. le professeur Trélat, à qui il en a parlé, lui a cité le cas d'une jeune femme qui, sous l'influence des injections de morphine répétées, eut des clous et de petits phlegmons non-seulement au point où les injections avaient été faites, mais dans d'autres régions.

M. Constantin Paul a remarqué cette tendance à la suppuration, principalement au point où les injections ont été pratiquées. Il rappelle qu'à New-York on a établi un hôpital pour les morphiomanes. On a dit que la suppression de l'usage de l'opium pouvait déterminer des accidents graves : ce n'est pourtant pas ce qu'on observe à cet hôpital, où l'expérience est faite journellement, puisqu'on supprime brusquement l'usage de l'opium dès l'entrée du malade. Tout d'abord, en effet, le malade a de l'agitation, de l'insomnie ; mais peu à peu ces accidents se calment, et le malade rentre dans l'équilibre physiologique.

M. Féréol pense qu'on doit tenir compte de l'intolérance que présentent certains malades : il cite ce fait d'une malade chez laquelle quatorze injections d'ergotine ont été suivies de onze abcès. Par contre, il a vu des malades supporter des doses considérables de morphine sans en être incommodés : une malade, par exemple, atteinte d'un cancer, se faisait chaque jour des injections contenant 4 grammes de morphine. Il croit en conséquence qu'il y a chez les malades dont parle M. Dujardin-Beaumetz une disposition particulière, mais que ces abcès ne peuvent être attribués uniquement à l'abus de la morphine.

M. Ferrand, à l'appui de l'opinion de M. Dujardin-Beaumetz, cite ce fait qu'il a observé l'année dernière à l'hôpital d'Issy ; deux malades à qui on n'avait encore jamais pratiqué d'injection de morphine ont été atteints de phlegmons chacun à deux reprises différentes, alors que par deux fois on avait fait des injections.

De l'hydrothérapie en hiver. — M. Dally soumet à la Société quelques observations sur les procédés hydrothérapiques qu'il convient d'employer pendant l'hiver. Il a toujours considéré l'hydrothérapie à l'eau froide comme essentielle et les résultats qu'il a obtenus, de même que ceux de ces confrères qui appliquent cette méthode, lui paraissent dus à l'action spéciale de l'eau d'une température de 9 à 12 degrés associée à une force de projection égale à une pression de 10 à 12 mètres de hauteur. Fleury demandait 15 mètres, mais la chose ne lui paraissait sans doute pas aussi importante qu'il le disait, puisqu'il s'est borné dans les établissements qu'il a fondés à 9 mètres et même moins. Mais Fleury a toujours repoussé l'association de l'eau chaude à l'eau froide en vue de préparer les sujets supposés trop sensibles ou trop délicats à l'action de l'eau froide, et M. Dally, après dix années de pratique hydrothérapique franche et mitigée, a trouvé que l'opinion de Fleury est parfaitement fondée. On n'est pas plus habitué à l'eau froide après des mois d'eau tiède qu'au premier jour, et si ce n'est qu'une sorte de préparation morale que l'on cherche, on l'obtient aisément par d'autres procédés. Quant aux douches alternées dites, on ne sait pourquoi, « écossaises », elles représentent une pratique purement empirique et sans base physiologique. C'est là une forme agréable de l'hydrothérapie.

Cependant il est des cas où il est nécessaire de réchauffer le malade avant la douche froide. Le bain d'air chaud répond avantageusement à cette indication. Un séjour de cinq minutes dans une boîte chauffée à 40 degrés, la tête à l'air libre, répond mieux que l'eau chaude aux indications de calorification préalable. C'est le procédé qu'emploie M. Dally depuis plu-

sieurs années et qu'il recommande de préférence aux douches tièdes, mitigées, écossaises et autres. Il est nécessaire que la boîte à air chaud soit très-voisine de la douche. Les effets de la douche froide sont bien mieux assurés de la sorte chez les personnes délicates.

A l'égard du bain d'air chaud par encaissement, M. Dally soumet à ses collègues le résultat d'expériences qu'il a faites et qui prouvent que quand les poumons restent en communication avec l'air libre, hors de la boîte, la sudation est beaucoup plus rapide que quand l'individu est tout entier dans la même atmosphère. A quoi tiennent ces différences physiologiques? M. Dally est porté à croire que la différence de température entre les deux atmosphères favorise la circulation périphérique.

Du traitement de l'albuminurie par les inhalations d'oxygène. — M. Dujardin-Beaumetz communique un fait sur lequel il désire appeler l'attention de ses collègues ; il s'agit d'un albuminurique chez lequel l'albumine a complétement et rapidement disparu à la suite d'inhalation d'oxygène. Ce malade était arrivé à la dernière période de l'albuminurie, tous les moyens diurétiques avaient été employés : en dernière ressource le docteur Pisset eut l'idée de faire respirer de l'oxygène ; l'albumine disparut complétement dans les vingt-quatre premières heures du traitement. M. Dujardin-Beaumetz crut à une disparition passagère, comme il arrive souvent en pareil cas, mais depuis douze jours l'albumine n'a pas reparu : combien de temps peut-on espérer la cessation de ce symptôme ? Il a commencé dans son service des expériences sur ce sujet; son but est aujourd'hui de demander à ses collègues si des faits semblables ont été observés et le résultat qu'il est permis d'espérer par l'emploi de cette méthode thérapeutique.

M. Constantin Paul répond qu'il a publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* deux cas analogues à celui dont vient de parler M. Dujardin-Beaumetz. Dans ces deux cas, sous l'influence des inhalations d'oxygène, l'albumine a disparu pendant deux mois, puis a reparu avec la même gravité que précédemment. Depuis cette époque, il a été publié deux autres cas dus à un médecin de Coblentz; ces deux nouveaux cas étaient semblables à ceux qu'il avait signalés. Il n'y a donc pas de guérison à espérer ; il ne s'agit donc que de rémission, rémission relativement longue puisqu'elle a persisté près de deux mois, mais les accidents primitifs reparaissent avec la même intensité.

M. Greletty ajoute qu'à Vichy une pratique consacrée depuis longtemps déjà est d'administrer de l'oxygène aux diabétiques et aux albuminuriques; il est de règle de voir sous cette médication la diminution du sucre et de l'albumine; mais la disparition est rarement totale, en tout cas elle n'est que passagère.

M. Archambault demande à M. Dujardin-Beaumetz la cause de la présence de l'albumine dans les urines : son malade était-il atteint de néphrite chronique ? Il est vrai qu'on ne peut tenir compte de la lésion ; le moyen thérapeutique n'agit que sur le symptôme qu'on fait disparaître passagèrement : ce moyen n'a donc qu'une importance relative.

M. Dujardin-Beaumetz répond que son malade était atteint de néphrite chronique : le but de sa communication était simplement de demander à ses collègues des renseignements sur cette question et sur les faits de même genre qui auraient pu être publiés.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 6 janvier 1879; présidence de M. Bourdon.

De l'action utérine des eaux de Saint-Sauveur. — M. Caulet lit un mémoire fort intéressant sur l'effet des eaux de Saint-Sauveur dans les affections utérines. Les bains de cette station ont une action élective,

si manifeste sur les organes pelviens, que l'on voit des malades n'ayant jamais eu aucune affection de l'utérus, sentir, à la suite des bains, des contractions, des pincements dans cet organe qui entraînent la sécrétion abondante d'un liquide blanc qui n'est autre que l'hydrorrhée.

M. DE RANSE ne voit rien, dans les symptômes décrits par M. Caulet, qui s'écarte assez des effets ordinaires des bains sulfureux pour légitimer la spécificité d'action qu'il veut attribuer aux bains de Saint-Sauveur.

M. CONSTANTIN PAUL insiste pour qu'on ait soin, avant de commencer le traitement thermal des affections utérines, de distinguer les métrites des métro-péritonites, car les premières peuvent supporter un traitement qui ne ferait qu'exaspérer les secondes.

M. CAULET est tout à fait de cet avis ; il n'oserait jamais traiter à Saint-Sauveur, comme on le fait à Paris, les femmes atteintes de métrite par des douches chaudes prolongées; le bain seul est employé, encore chez certains sujets il n'est permis que tous les deux jours.

M. TILLAT. L'hydrorrhée signalée par plusieurs auteurs, entre autres, il y a quelques années, par M. Marotte, paraît être sous l'influence du système nerveux ; il serait important de savoir si les malades ne prenant les eaux sulfureuses qu'en boisson y sont soumises.

M. CAULET n'a pu le vérifier, tous les malades à Saint-Sauveur étant soumis aux bains ; il pense que le liquide s'accumule dans l'utérus, y occasionne un certain malaise et s'échappe ensuite par une action pathogénétique de l'eau de Saint-Sauveur.

M. THERMES croit que les contractions utérines seules peuvent occasionner de l'hydrorrhée, comme il l'a observé chez une malade atteinte de paralysie de la vessie et faisant des efforts impuissants, et il pense, comme M. Caulet, que les douches doivent toujours être prescrites avec la plus grande modération.

M. DE RANSE, qui voit à Néris des rhumatismes se réveiller par suite du traitement, croit qu'à Saint-Sauveur des affections anciennes de l'utérus doivent reparaître sous l'influence de l'excitation balnéaire. M. Caulet est trop absolu en rapportant tous les effets de la cure de Saint-Sauveur à une action élective sur l'utérus; cependant l'hydrorrhée qui se présente chez un grand nombre de ces baigneuses, mérite d'être étudiée.

M. LABAT. M. Caulet a pour lui la tradition clinique, qui a une raison d'être ; c'est un argument puissant ; il annonce que l'hydrorrhée se déclare chez presque toutes les malades. Les bains de Néris peuvent agir d'une façon analogue, mais non semblable. L'hydrorrhée n'a éveillé tant d'intérêt dans la Société que parce que c'est une sécrétion assez rare ; il faut donc admettre que M. Caulet a mal vu ou accepté ses observations. Les eaux sulfureuses et les bains chlorurés sodiques chargés d'acide carbonique donnent lieu à bien des symptômes d'excitation générale avec retentissement du côté de l'utérus, mais ce n'est pas encore le cortége de symptômes que vient de nous décrire M. Caulet chez les malades qui suivent le traitement de Saint-Sauveur.

M. LEUDET croit que M. Labat exagère l'effet des eaux sulfureuses sur l'utérus et n'a constaté aux Eaux-Bonnes qu'une augmentation dans la qualité ou la quantité du liquide menstruel, sans autres symptômes d'excitation.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

De l'occlusion intestinale au point de vue du diagnostic et du traitement. — Le travail consciencieux du docteur Bulteau est accompagné d'un grand nombre d'observations très-concluantes et fort utiles à parcourir; il se termine par des conclusions qui peuvent se résumer ainsi :

Dans toute occlusion intestinale aiguë, aussitôt que les moyens médicaux ordinairement employés auront échoué, il faudra pratiquer la *gastrotomie.* Plus la gastrotomie sera facile à une époque rapprochée du début des accidents, et plus seront grandes les chances de succès.

Dans l'occlusion intestinale chronique, on fera tantôt la gastrotomie, tantôt l'entérotomie, tantôt la colotomie lombaire.

On pratiquera la gastrotomie dans l'invagination intestinale chronique lorsque les insufflations d'air, les injections d'eau et l'application de l'électricité n'auront pas amené la réduction de l'intestin.

Pour réduire l'invagination, ce qui est quelquefois difficile, il faut employer le procédé d'Hutchison. Selon lui, il faut : « toujours rechercher en premier la partie inférieure de l'invagination et effectuer la réduction en exprimant le cylindre ou en tirant sur la gaîne, plutôt qu'en cherchant à extraire directement l'anse invaginée.

On a ainsi l'avantage de diminuer le volume du boudin d'invagination, en pratiquant sur lui cette compression, et on risque évidemment moins de le rompre en le prenant doucement, qu'en exerçant des tractions sur lui. Par ce moyen on peut opérer la désinvagination sans qu'il soit nécessaire d'extraire la tumeur de l'abdomen. »

Dans l'occlusion de l'intestin, si le siége précis de l'obstacle n'est pas connu, il faut pratiquer l'entérotomie cœcale. Si l'examen du malade permet d'affirmer que le siége de l'occlusion se trouve sur le trajet de l'S iliaque et du rectum, on pratiquera l'entérotomie de Littre dans la fosse iliaque gauche, ou mieux la colotomie lombaire d'Amussat.

Dans toutes les autres variétés d'occlusion chronique de l'intestin, on fera l'entérotomie de Nélaton dans la fosse iliaque droite. (*Thèse de Paris,* 1878.)

Etude sur les invaginations intestinales chroniques.— Le travail du docteur Rafinesque, un des plus complets qui aient paru sur ce sujet, qui intéresse en même temps les médecins et les chirurgiens, mérite d'être lu avec attention.

La symptomatologie et le diagnostic de cette affection si grave sont étudiés avec méthode et aussi complétement que possible.

Le chapitre du pronostic nous montre que cette maladie est souvent fatale. La mortalité des cas abandonnés à eux-mêmes serait de 96 pour 100. L'opération de la gastrotomie a fait descendre ce chiffre à 91 pour 100. Mais un diagnostic exact étant nécessaire pour arriver à de bons résultats pratiques, il est utile de renvoyer à cette partie de l'ouvrage qui rendra de grands services.

Cependant on peut résumer ainsi les principales conclusions qui terminent le chapitre du traitement.

Il devra répondre à trois indications : soutenir les forces, apaiser les douleurs, réduire le déplacement. A la première s'appliqueront l'hygiène alimentaire, l'usage des toniques et stimulants ; à la seconde répondra surtout l'emploi de la belladone, de l'opium et de la glace : la troisième, enfin, sera remplie par la mise en œuvre de divers procédés; malaxation de l'abdomen, cathéthérisme du rectum, insufflations et injections forcées de liquide dans le gros intestin, manœuvres associées entre elles ou aidées par la position et l'anesthésie.

Si ces divers moyens échouent, la *gastrotomie*, exécutée d'une façon opportune, restera la seule ressource.

Cette opération est justifiée par la logique, par les résultats remarquables d'une opération similaire, l'ovariotomie ; enfin, par la statistique des cas où elle a été employée.

C'est d'ailleurs pour les malades à peu près la dernière chance de salut. (*Thèse de Paris*, 1878.)

Pansements antiseptiques. — Pour servir au pansement de Lister, le professeur Bruns recommande les formules suivantes. Il prépare de la gaze en la plongeant dans un mélange fondu et chaud de 1 partie d'acide phénique, 5 parties de résine et 7 parties de paraffine ; le tissu est pressé dans un appareil spécial. A la place de la paraffine, qui est insoluble dans l'alcool et qui produit une irritation intense de la peau chez quelques individus, on peut mettre 4 parties d'huile de ricin ; on obtient de cette façon un tissu beaucoup plus souple.

La gaze doit être absolument privée de matière grasse, et posséder un grand pouvoir absorbant; on ne doit imprégner qu'une quantité modérée de tissu à chaque opération, pour que la substance active soit également répartie dans toute la masse. Par exemple, pour 1 kilogramme de gaze (environ 25 mètres), à 10 pour 10 d'acide phénique, on emploiera : 400 grammes de colophane finement pulvérisée, 2000 centimètres cubes d'alcool, et quand la dissolution sera complète, on ajoutera 40 grammes d'huile de ricin et 100 grammes d'acide phénique. A l'aide de la main, on obtient une égale imbibition, après quoi on étale le tissu horizontalement pour laisser volatiliser l'alcool, ce qui n'exige guère qu'une heure.

Pour éviter l'action irritante de l'acide phénique, l'auteur propose l'emploi d'une gaze à l'acide benzoïque, qu'il prépare comme la gaze phéniquée. Pour 1 kilogramme de gaze, à 5 pour 100 d'acide benzoïque, il emploie : 2500 centimètres cubes d'une solution de 50 grammes d'acide benzoïque, contenant 20 grammes d'huile de ricin (ou 10 grammes d'huile de ricin et 10 grammes de colophane) et 2430 centimètres cubes d'alcool ; pour la gaze à 10 pour 100 d'acide benzoïque, la formule devient : 100 grammes d'acide benzoïque, 40 grammes d'huile de ricin (ou 20 grammes d'huile de ricin et 20 grammes colophane) et 2 360 centimètres cubes d'alcool. En remplaçant l'acide benzoïque par l'acide salicylique, on aura la gaze salicylique. Pour imprégner 1 kilogramme de coton il faut 3500 à 4000 centimètres cubes de liquide.

Le ministère de la guerre de l'Allemagne a décidé qu'en cas de mobilisation chaque soldat porterait deux tampons à l'acide salicylique (*Zwei stuck salicylsaure Tampons*), l'un de la grosseur d'une prune, l'autre d'un abricot. Ces tampons sont préparés avec du coton débarrassé de tout élément gras, imbibé d'une solution à 11 pour 100 d'acide salicylique, puis desséché avec soin, enfin entouré de gaze salicylique. Pour 1 kilogramme de coton, M. Bichele indique 110 grammes d'acide salicylique, 1 litre d'alcool et 5 litres d'eau distillée chaude. Ces tampons doivent conserver leur souplesse, et pour empêcher que l'acide salicylique ne s'en échappe sous la forme pulvérulente, on les enveloppe de papier parchemin. (*Apoteker Zeitung*, et *Pharm. Zeits. für Russland*, 1er octobre et 1er août 1878.)

Traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse. — Le docteur Drouin a pour but de démontrer qu'on peut employer l'électrolyse sans danger et avec avantage pour le traitement des tumeurs érectiles, même volumineuses.

Hémorrhagies rares, modifications lentes de la tumeur, douleur peu intense pour le malade quand on prend des précautions spéciales, tels seraient les avantages de cette méthode.

Enfin, elle peut être employée dans les cas où les autres méthodes jusqu'ici les plus classiques sont difficilement appliquées ; ainsi les tumeurs profondément situées ou accessibles par un point très-restreint. Ici on peut toujours enfoncer une aiguille électrolytique. Les cicatrices difformes qui succèdent aux autres méthodes sont ici presque complétement évitées, car la cautérisation se fait dans la profondeur

de la tumeur, et la peau au contraire est très-peu atteinte. Le pôle positif d'une pile agit sur les tissus vasculaires et sur le sang avec une grande énergie; au contraire, sur les tissus peu vasculaires comme les épithéliums et le derme sont peu attaqués.

Le mode d'application consiste dans l'emploi d'une pile à courant intense et constant (Gaiffe, Trouvé); des aiguilles en acier, recouvertes sur une certaine étendue d'un vernis à la gomme laque. On n'emploiera qu'une seule aiguille à la fois en communication avec le pôle positif. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 448.)

Le Monnimia polystachia ; ses propriétés thérapeutiques. — Cette plante, de la famille des polygalacées, croît sur les montagnes escarpées de l'Amérique du Sud; on la rencontre également dans les plaines boisées et dans les terrains marécageux. On emploie l'écorce de la racine et les feuilles récentes; celles-ci sont considérées comme facilitant l'expectoration ; l'écorce de la racine jouit de propriétés astringentes. La racine est fusiforme, longue de 16 à 18 pouces, de couleur jaune, portant çà et là des taches foncées; son odeur est un peu désagréable et sa saveur, d'abord douceâtre, devient âcre, amère et provoque la salivation. Son infusion est trouble comme de l'eau de savon. Elle porte en Amérique le nom de *yallhoy* ; l'écorce de sa racine y est employée pulvérisée et mise en pâte. L'étude chimique n'en a pas été faite ; on sait qu'elle contient une notable proportion de matière résineuse. Cette drogue est administrée en poudre ou en infusion à la dose de 10 à 12 grammes par jour. (*Practitioner*, août 1878, et *Pharmaceutical Journal*, 26 octobre 1878, d'après *Estudos medicos*.)

De la goutte saturnine. — Sur sept cas de goutte observés dans les hôpitaux par l'auteur, six étaient d'origine saturnine. Cette affection est rare dans la classe ouvrière, et le docteur Durand croit pouvoir rattacher le plus souvent la goutte au saturnisme dans les cas observés chez les ouvriers.

La goutte saturnine est une affection très-grave non-seulement parce que les désordres qu'elle occasionne sont des infirmités désastreuses pour un ouvrier, mais aussi parce que la néphrite interstitielle, qui la précède le plus souvent, menace d'accidents urémiques des plus dangereux.

Sur quarante-six cas observés on compte dix décès de cause urémique ; les autres malades ont la plupart été gravement atteints.

Deux indications thérapeutiques se présentent avant tout :

1° Lutter contre le saturnisme ;

2° Combattre l'hypoglobulie amenée par la maladie.

En dehors de ces deux indications particulières le traitement est le même que celui de la goutte ordinaire. (*Thèse de Paris*, 1878.)

Anémie consécutive à des hémorrhagies de l'estomac. Injection intra-veineuse de lait. Phlegmon et phlébite du membre supérieur. Guérison. — Homme de vingt-huit ans, atteint depuis plusieurs mois d'une affection de l'estomac caractérisée par une douleur dans les régions épigastrique et ombilicale; de la dyspepsie, des hématémèses et des melœna. Le malade, affaibli par le défaut d'alimentation et les pertes de sang qui se répétaient à intervalles assez rapprochés, était arrivé à un degré d'anémie tel qu'on résolut d'avoir recours aux injections intra-veineuses de lait, recommandées par M. Thomas dans des cas analogues. L'opération fut faite de la manière suivante :

L'appareil était composé d'un entonnoir en verre de la capacité de 8 onces, d'un tube en caoutchouc de 18 pouces de long, et d'une canule d'argent, comme celle que l'on emploie pour la transfusion du sang. Il fut mis dans une solution phéniquée jusqu'au moment de s'en servir, et alors lavé entièrement dans l'eau chaude. On prit alors du lait d'une vache amenée sur les lieux et on l'introduisit dans l'entonnoir à travers plusieurs couches de gaze phéniquée.

La veine céphalique ayant été dénudée, on y introduisit la canule et on injecta dans la veine 7 onces de lait en trois minutes environ. La plaie fut réunie par deux sutures, recouverte de plusieurs couches de gaz phéniquée et d'une bande roulée. Pendant l'injection

le malade éprouva une sorte de plénitude dans la tête et une sensation de faiblesse ; on pratiqua immédiatement une injection hypodermique de 2 grammes d'eau-de-vie, et on la répéta quinze minutes après ; les symptômes fâcheux disparurent bientôt.

Avant l'opération, le pouls était à 125, la température à 37°,8 ; immédiatement après le pouls monta à 132, et devint fort ; la température resta la même. Une demi-heure après, frisson qui dura un quart d'heure. La température s'éleva à 39°,8, le pouls à 150. Puis survinrent des sueurs et au bout de deux heures la température tomba à 38 degrés et le pouls à 130.

Le lendemain, se manifesta un phlegmon autour de la plaie ; il envahit le bras, et s'accompagna d'abord d'engorgement des ganglions axillaires, puis de phlébite de la veine céphalique s'étendant aux veines radiales. Les symptômes généraux devinrent tellement graves, qu'on craignit un moment la pyohémie. Puis tout se calma, on ouvrit quelques abcès formés dans le voisinage de la plaie et le malade finit par guérir et reprit des forces.

L'auteur assigne à cet accident l'une des deux causes suivantes : 1° l'injection, dans le tissu cellulaire, pendant l'opération, d'une petite quantité de lait ; 2° la contagion du médecin au malade. En effet l'opérateur soignait alors une femme affectée d'érysipèle de la jambe, et il se demande, si, malgré toutes les précautions prises pour éviter la contagion, celle-ci ne s'est pas produite et n'a pas déterminé l'inflammation de la plaie.

Quoi qu'il en soit, la terminaison du cas est en faveur de l'injection intra-veineuse de lait dans l'anémie grave, mais enseigne qu'il faut prendre les plus grandes précautions pendant l'opération. (Dr Bullard, *New-York Med. Journ.*, août 1878, p. 164.)

Des injections intra veineuses de lait comme succédané de la transfusion du sang. — M. Gaillard Thomas propose d'injecter dans une veine du bras, au lieu de sang, du lait. Au moment où le médecin fit la communication de ses résultats à la Société de médecine de New-York, cette méthode avait été pratiquée dans sept cas, d'après le procédé employé depuis longtemps par Holder et plus tard par Howe.

La différence des deux liquides, sang et lait, prend, d'après G. Thomas, assez d'importance si l'on considère les rapports intimes qui se produisent entre le sang et le chyle, et l'analogie de ce dernier avec le lait.

On a injecté de 180 à 360 grammes de lait chaud, immédiatement après avoir trait une vache, et l'injection fut faite à l'aide d'une seringue munie d'un tube de caoutchouc et d'un autre de verre, destiné à être introduit dans la veine. Comme il arrive pour la transfusion du sang, à l'injection de lait succéda un frisson intense, puis une élévation de la température ; mais ces phénomènes disparurent vite et firent place à une amélioration évidente dans l'état du malade.

De ses diverses observations Thomas n'en cite que deux avec quelques détails ; dans l'une il s'agit d'une femme qui, après une ovariotomie, avait subi une perte de sang considérable ; la guérison fut rapide. Dans un autre cas d'ovariotomie, la transfusion lactée fut plusieurs fois répétée sans résultat durable, parce que la malade était presque mourante au moment de la première injection ; toutefois le résultat obtenu suffit à démontrer que la vie pouvait être prolongée par ce moyen.

L'auteur pense que cette opération est sans danger quand on emploie du lait obtenu par une traite récente ; mais l'expérience démontre qu'elle est fatale pour les animaux lorsque ce liquide est extrait depuis deux heures.

Il recommande de pratiquer ces injections dans les cas de menace de syncope par hémorrhagie, et de maladies débilitantes, comme le choléra ; dans certaines formes de typhus, de pneumonie, etc. (*New-York Med. Journ.*, mai 1878.)

Injection intra-veineuse de lait dans l'anémie. — M. Wulfsberg a fait une série de recherches sur les animaux pour étudier les effets des injections intra-veineuses de lait, recommandées par Gaillard Thomas comme moyen de sau-

ver la vie dans des cas d'hémorrhagie et autres formes d'anémie. Après avoir injecté environ 15 grammes de lait, il examina le sang spécialement dans le but de déterminer si, comme Donné l'avait établi en 1844, les globules de lait se convertissaient en corpuscules blancs. Il trouva que les corpuscules blancs augmentent certainement en nombre, mais seulement après avoir, pour ainsi dire, absorbé les globules du lait.

L'auteur ne put parvenir à conserver la vie des chiens par ce moyen, leur poids diminua et ils moururent sans maladie bien nette; à l'autopsie on trouva des infarctus dans les poumons. Il pense qu'il est impossible de conserver la vie des animaux par les injections de lait frais. Si l'on enlève aux chiens 75 pour 100 de la quantité présumée de leur sang, ils supportent bien les injections de lait, mais lorsqu'on en introduit de grandes quantités, ils meurent rapidement.

L'injection laiteuse rend les bruits du cœur clairs et distincts, d'imperceptibles qu'ils étaient auparavant. M. Wulfsberg pense cependant qu'elle ne pourra jamais remplacer la transfusion du sang. (*The Lancet*, 7 décembre 1878.)

Phénomènes graves de narcotisme consécutifs à l'usage interne de l'iodoforme. — Le docteur Oberlander rapporte deux cas dans lesquels ces accidents survinrent dans son service à l'hôpital de Dresde, chez deux femmes atteintes de syphilis invétérée.

La première avait absorbé, en quatre-vingts jours, 42 grammes d'iodoforme par pilules de 1 centigramme, lorsque subitement elle fut prise de faiblesse, de vertige et de diplopie; au bout de deux jours elle tomba dans un profond sommeil qui fit place, trente-six heures après, à un état d'exaltation avec céphalalgie violente, délire craintif et paroles désordonnées. Ces phénomènes furent suivis d'une période de faiblesse pendant laquelle la malade chancelait en marchant ou en se tenant debout; puis la céphalalgie, les vertiges et la diplopie reparurent une seconde fois. Cette série d'accidents dura une quinzaine de jours en tout.

Dans le second cas les accidents se manifestèrent beaucoup plus tôt. Il s'agit d'une personne de soixante-neuf ans, qui présenta des phénomènes d'intoxication sept jours après le début de l'usage interne de l'iodoforme, alors qu'elle n'avait encore pris que 5 grammes de ce médicament. Le sommeil dura cinq jours entiers, laissant après lui une sensation de faiblesse et de vertige qui persista pendant plusieurs semaines.

Ces observations confirment les expériences de Binz sur l'action narcotique de l'iodoforme. (*Deutsche Zeitschrift fur prakt. Med.*, 1878, nº 37.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Du pansement ouaté. Résultats obtenus par M. Alphonse Guérin à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1876, par MM. Ribemont et Weiss, internes de service (*le Progrès médical*, 1879, nº 3, p. 38).

Antagonisme entre la morphine et l'atropine, par Hans Heubach (*Berliner klin. Woch.*, 1878, nº 52, p. 767).

Remarques à propos d'un cas de résection tibio-calcanéenne d'après le procédé de Pirogoff, suivie de guérison, par le docteur Galozzi (*il Morgagni*, 1878, t. XX, p. 879).

Remarques sur l'hémianesthésie et son traitement, par le docteur S. Wilks (*Brit. Med. Journ.*, 18 janvier 1879, p. 71).

Nouvel Appareil pour la transfusion du sang, par le docteur Joseph Berens (*Philadelphia Med. Times*, 21 décembre 1878, p. 126).

Empoisonnement par l'absorption d'une forte dose d'esprit doux de nitre, par le docteur Cripps Lawrence (*the Lancet*, 4 janvier 1879, p. 9).

De l'anesthésie dans la chirurgie dentaire, par le docteur Meymott Tidy (*id.*, p. 13).

Rétrécissement du bassin; excitation de l'accouchement prématuré par les injections hypodermiques de pilocarpine; délivrance par le forceps; résultat heureux pour la mère et pour l'enfant, par le docteur John Clay (*id.*, 11 janvier, p. 52).

Cas d'arsenicisme par l'emploi du sous-nitrate de bismuth, par Bonaventura Martins (*Journ. de la Soc. des sciences méd. de Lisbonne*, 1878, nº 10, p. 307).

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — Ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Michel Moring, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique ; Piogey, médecin à Paris.

Au grade de chevalier : MM. Peter, professeur à la Faculté de médecine ; Fieuzal, médecin en chef de l'hôpital des Quinze-Vingts ; Arthuis, médecin à Paris ; Rigal, chirurgien en chef de l'hospice de Castres ; Gailleton, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Bergier, médecin en chef de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest, à Paris ; Lorne, médecin de la Société de secours mutuels du deuxième arrondissement de Paris ; Baldy, médecin du Bureau de bienfaisance du dix-septième arrondissement de Paris.

Hospice de la Salpêtrière. — Le docteur Auguste Voisin a repris ses conférences sur les maladies mentales le dimanche 19 janvier, à neuf heures et demie, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Prix. — Le docteur Becour-Leclerc, de Lille, vient d'obtenir une médaille d'argent de la Société industrielle du Nord pour son travail sur l'« Hygiène des enfants ».

Presse médicale. — La presse médicale s'est augmentée cette année de plusieurs nouvelles publications. Nous avons d'abord : le *Journal d'hygiène*, paraissant le 15 de chaque mois, sous la direction du docteur Vallin, professeur au Val-de-Grâce ; puis, *le Praticien*, paraissant tous les lundis, avec M. le docteur Barrère comme rédacteur en chef ; enfin, la *Gazette ophthalmologique* du docteur Carré, avec un numéro le 1er de chaque mois. De plus, le *Journal des connaissances médicales*, fondé par Caffe et publié par le docteur Cornil, et avec le concours du docteur Galippe, a changé sa publication : il devient hebdomadaire et paraît tous les jeudis. Ajoutons que la *Revue médicale* a changé de rédacteur en chef et qu'elle paraît aujourd'hui sous la direction du docteur E. Fournier.

Nécrologie. — Le docteur Pinault, de Châteauroux. — Le docteur Bauchy, chirurgien en chef de l'hospice d'Evreux. — Le docteur Mollien, député de Péronne. — Le docteur Ollier, à l'âge de quatre-vingts ans, à Vans. — Le docteur Halleguen, de Châteaulin. — Le docteur Biernacki, au Cannet. — Mathieu, fabricant d'instruments, auquel on doit l'invention d'appareils fort importants du nouvel arsenal chirurgical.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE.

Du traitement hygiénique des tuberculeux (1);

Par M. le professeur PETER, médecin de la Pitié.

Ce qu'il ne faut pas aux tuberculeux, c'est de *fumer*. Le tabac est un véritable poison pour les pneumogastriques ; il agit à la fois sur les poumons, le cœur et l'estomac : sur les poumons, intéressés les premiers — ou mieux, sur les filets nerveux de la membrane muqueuse des voies de l'air (du larynx aux ramuscules bronchiques) et produit ainsi, depuis la simple toux jusqu'à l'asthme tabagique, dont les méfaits s'ajoutent à ceux des lésions tuberculeuses. Le tabac agit également sur le cœur — je veux dire sur ses nerfs — et détermine, sans parler des intermittences du pouls, les palpitations; cela chez un malade, qui du fait même de sa tuberculose, et pour les raisons que nous savons, peut avoir des palpitations spontanées. Enfin, ou plutôt d'abord, le tabac agit sur l'estomac : il provoque successivement l'anorexie, la dyspepsie flatulente, par parésie de la sensibilité de la membrane muqueuse et de la motilité de la tunique musculeuse ; c'est-à-dire qu'il devient ainsi le complice de la tuberculose, qui tend, de ce chef, à engendrer la dyspepsie comme l'anorexie.

Ce qu'il ne faut pas davantage aux tuberculeux, c'est l'*acte vénérien*. En général, ils n'y songent guère ; cependant il en est incontestablement qui sont, jusqu'au bout, d'une salacité maladive. Il faut leur prêcher la continence, sans grand espoir de réussir, la chose étant chez eux pathologique. Vous aurez plus de succès, et ce sera un grand bienfait à leur organisme, — chez ceux où l'acte est plutôt la conséquence d'une excitation cérébrale que d'un besoin physiologique.

Chez la femme tuberculeuse, ce besoin se fait peu sentir, et, généralement, l'acte y est moins désiré, même par excitation cérébrale. En tout cas, il est, en soi et pour elle, de moindre dépense ; mais si, à ce point de vue, il est bien moins malfaisant quant à l'acte, il est désastreux quant à sa suite possible, la gros-

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

sesse; la grossesse, chez une malheureuse qui n'a pas trop de toutes ses forces pour se défendre désormais, et qui va être obligée de partager avec son produit; la grossesse, avec ses perturbations digestives, aggravant celles de la maladie tuberculeuse; avec sa pléthore pulmonaire gravidique, cause fréquente d'hémoptysie, et qui peut ainsi provoquer, si elle n'avait eu lieu déjà, l'hémoptysie tuberculeuse; la grossesse enfin, avec sa pléthore *ad molem*, qui, l'accouchement terminé, l'utérus vidé, va, *quærens quem devoret*, se retourner vers le poumon malade et précipiter l'évolution des ses lésions multiples.

Si donc, il s'agit d'une jeune fille, déconseillez le mariage: si, d'une femme mariée, vous savez maintenant ce qu'il faut dire au mari.

La *peau* fonctionne mal chez le tuberculeux par le fait de son mal ou de son médecin, qui ne sait pas suffisamment la diriger ou l'utiliser. Et cependant quel organe et de quelle importance! Comme aussi de quelle ressource, surtout chez le tuberculeux!

On ne songe pas assez que la peau est un organe d'émonction pour certains déchets organiques, azotés et carbonés, dont l'incomplète élimination est périlleuse pour l'organisme — comme il en est de l'insuffisance sécrétoire du foie ou des reins — et qu'ainsi le fonctionnement actif de la peau est de rigueur. On ne songe pas assez que la peau est un organe de sensation des plus délicats et qu'il y a, dans l'espèce, nécessité de faire appel à cette sensibilité même — car elle est une occasion de réflexes puissants pour l'ampliation pulmonaire (une excitation vive de la peau par le froid, par exemple, fait énergiquement respirer). On ne songe pas assez, enfin, que la peau est un organe de revêtement qui nous protége contre les offenses des agents extérieurs, qu'elle est destinée surtout à nous permettre de résister au froid comme au chaud, et qu'elle a d'autant plus d'aptitude à la résistance qu'elle a contracté davantage l'habitude de résister.

Il nous faut donc savoir utiliser la peau, faire appel à l'exquise sensibilité de ses nerfs, à l'abondance de sa circulation sanguine et lymphatique, comme à la richesse de son appareil sécrétoire, sudoral ou sébacé. Krause a calculé que le nombre des glandules sudoripares est, chez l'homme, de 2,281,248; que leur ensemble forme un volume total de 39,6 pouces cubes; qu'ainsi, le volume du foie étant de 88 pouces cubes, et celui des deux reins, de 14 pouces cubes, l'ensemble des glandes sudoripares représente

un peu moins que la moitié de la masse du foie et trois fois plus que celle des reins. Voyez-vous d'ici l'importance d'une telle sécrétion et la nécessité d'en contrôler, d'en diriger, d'en modifier le fonctionnement ?

Un admirable moyen hygiénique et thérapeutique à la fois, c'est l'*hydrothérapie ;* mais que de préjugés à vaincre, comme aussi que de précautions à prendre ! Les gens du Nord l'acceptent et la pratiquent plus volontiers que nous : Bennet la conseille et on l'écoute. N'espérez pas un tel bonheur. Néanmoins, on peut y arriver ; et d'ailleurs il y a des indications, il faut savoir quand l'ordonner et quand cesser de le faire.

Pour ne pas trop brutaliser les gens ni leur peau, je conseille d'abord les frictions sèches, pratiquées matin et soir, sur la totalité de la peau, pendant cinq minutes au moins. Il en résulte la plus salutaire des excitations ; elles suffisent parfois pour arrêter les sueurs de la nuit, surtout celles du début de la maladie tuberculeuse. Le malade peut se les pratiquer lui-même ; il y trouve en même temps la gymnastique bonne à ses muscles et la stimulation bonne à sa peau ; faisant ainsi coup double, puisqu'il fabrique du calorique par le mouvement musculaire et par le frottement cutané.

Apprivoisé par les frictions sèches, le tuberculeux arrivera facilement à la friction additionnée d'un stimulant quelconque, mais liquide, alcoolat de mélisse, eau de Cologne, vinaigre aromatique, baume de Fioraventi, ou, plus simplement, alcool grossier ; mais toujours avec une pièce de flanelle en tampon.

C'est ainsi que vous parviendrez à la friction au linge mouillé d'eau froide ; une serviette un peu rude, trempée dans l'eau froide, puis tordue, y suffit. On frotte rapidement la peau de tout le corps ; il y faut une minute environ ; puis, pour mieux faciliter la réaction, on peut pratiquer une friction sèche d'une à cinq minutes de durée. L'idéal serait de faire la chose matin et soir ; le matin au sortir du lit, le soir avant d'y entrer. Le soir, surtout ; on évite ainsi ou l'on modère singulièrement les sueurs de la nuit.

Cette diplomatie thérapeutique vous conduit ainsi graduellement à la lotion froide, qu'il faut faire d'abord à l'éponge simplement imbibée, et qu'on ne devra conseiller que plus tard, et à bon escient, à l'éponge ruisselante. Dans le premier cas, il y a réfrigération en même temps que friction ; dans le second cas, il

y a réfrigération et *saisissement* de la peau, chatouillée, stimulée, par chacun des petits filets d'eau qui ruissellent à sa surface, au sortir de l'éponge exprimée. Or, cette stimulation est des plus efficaces ; il en résulte d'énergiques mouvements d'inspiration, dont bénéficient les lobules pulmonaires et l'hématose.

J'ai parlé de « diplomatie », elle est plus que nécessaire, alors que vous croirez pouvoir prescrire l'hydrothérapie. Il importe, en effet, à la sauvegarde de votre réputation, de prévenir les parents — sinon le malade — qu'il y a là une lésion contre laquelle vous n'essayez pas d'agir, lésion qui peut être cause d'accidents dont la lotion, même à grande eau, est innocente, et que, ce que vous avez en vue, c'est le mieux-être du tuberculeux, ainsi que la disparition des causes d'affaiblissement ou de congestion pulmonaire.

La lotion est préférable à la douche, en ce sens qu'elle est d'une pratique plus aisée, qu'on peut la faire à la maison, comme on veut, et sans frais. Cependant la douche a été employée avec succès par Fleury et par d'autres, ainsi que je vous le dirai tout à l'heure.

Voici comment je fais pratiquer l'hydrothérapie en ville ; au sortir du lit, alors que le malade a le plus chaud et qu'ainsi la réaction est le plus facile, il se découvre la poitrine, mais non le dos, et, avec l'éponge imbibée, se frotte la face, le cou, la poitrine ; plus tard, il étend ses lotions a tout le tronc, poitrine, dos, aisselles, puis enfin à la totalité du corps ; plus tard encore, au lieu de l'éponge simplement imbibée, il prend l'éponge *ruisselante ;* il n'y a plus ici action de friction, il y a *réfrigération* seule, mais réfrigération brusque, saisissante, qui se généralise instantanément, donne un petit frisson et produit une réaction très vive ; il ne faut jamais commencer par employer l'éponge ruisselante, le malade supporterait mal ce traitement et pourrait s'y refuser.

Ce qu'on fait à l'aide de l'éponge, on peut le faire à l'aide de la douche ; d'abord douche en jet, enfin douche en pluie ; la douche en jet a une action de percussion et de réfrigération ; la douche en pluie, une action générale de réfrigération saisissante. La méthode est ici très importante ; il ne faut pas indifféremment prescrire la douche en jet ou la douche en pluie ; ce ne sont pas là de petits détails ; leur inobservance peut compromettre une médication bienfaisante.

Il est indispensable que la durée soit courte surtout au début. A l'hôpital, les lotions durent de deux à cinq minutes ; elles sont bien supportées, cependant c'est un peu long ; le malade peut se les faire lui-même en une ou deux minutes. Pour commencer, Fleury donnait des douches de cinq à dix secondes pendant les premiers jours, puis il en augmentait la durée, mais jamais il ne dépassait une minute.

L'hydrothérapie, comme le dit justement Fleury, n'a pas seulement une action révulsive, elle a aussi une action tonique, reconstitutive ; elle augmente la force de résistance de l'organisme.

Suivant Fleury, l'action locale de l'hydrothérapie est de combattre les congestions circumtuberculeuses, de ralentir, sinon de supprimer, le travail de ramollissement, par conséquent de diminuer la toux, les sécrétions morbides et l'hémoptysie.

Suivant le même médecin, son action générale est reconstitutive ; par la réaction, il y a accélération de la circulation, dans les vaisseaux sanguins et les vaisseaux lymphatiques ; la réaction se fait sentir sur l'innervation, sur les sécrétions sudorale et sébacée ; l'appétit est plus vif, les digestions moins laborieuses ; l'assimilation plus active par suite de l'activité plus grande de la circulation ; la sueur, la diarrhée diminuent ou cessent, la fréquence du pouls tombe. — Il n'y a pas d'exagération dans ce que Fleury nous dit des bienfaits de l'hydrothérapie ; vous en avez eu la preuve sous vos yeux dans nos salles ; la femme couchée au nº 17 n'a plus eu de sueurs au bout de deux lotions seulement ; par la même pratique, le phthisique du nº 4, si affaibli, a vu ses sueurs disparaître en partie ; le tuberculeux du nº 51, qui a une des formes les plus lamentables de la phthisie, n'a plus de sueurs, le pouls est moins fréquent, la température générale est amoindrie. Vous voyez ce qu'on peut obtenir de ce moyen d'apparence révolutionnaire ; et le plus étrange, c'est d'entendre les malades demander qu'on leur continue leurs lotions froides, en raison du bien qu'ils y trouvent.

Je pourrais vous citer un assez grand nombre de faits de la ville ; nul, entre autres, plus intéressant que celui d'une demoiselle tuberculeuse qui, depuis trois ans, fait des lotions froides sur tout le corps ; et, depuis ce temps, les congestions bronchiques et pulmonaires, auxquelles elle était sujette, ont disparu, les craquements secs persistent seuls, mais très-limités. Un autre exemple est celui d'un homme chez lequel les lotions froides ont

produit le plus grand bien-être et ont certainement beaucoup ralenti la marche de la tuberculose. En cas même d'ulcération du parenchyme pulmonaire, l'action de l'hydrothérapie peut encore être bienfaisante, mais à un moindre degré.

Cependant, là encore, elle peut donner d'excellents résultats, surtout au cas de sueurs nocturnes : tel un monsieur, atteint de tuberculose infiltrée, qui a de nombreuses cavernes et un poumon à peu près anéanti, dont les sueurs nocturnes, qui contribuaient à l'épuiser, sont presque chaque jour supprimées par les lotions froides à l'éponge, du matin et du soir ; c'est-à-dire qu'il y a des nuits où il n'en a pas et que les autres il en a désormais très-peu. Après chaque lotion, d'ailleurs, il éprouve une véritable restauration des forces.

Parmi les observations de Fleury, contrôlées par les médecins les plus recommandables, on peut citer celle d'un enfant de treize ans qui, sur les indications du docteur Voisin, fut conduit à Fleury ; à son entrée dans l'établissement, ce malade avait du gargouillement et de la pectoriloquie au sommet du poumon droit, de la matité dans le tiers moyen et le tiers inférieur, matité tenant à des fausses membranes, restes d'une pleurésie qu'il avait eue un mois auparavant ; de plus, à gauche, il y avait des râles sous-crépitants, dureté de la respiration, craquements sous-claviculaires ; cet enfant était pâle, très-maigre, il pesait 40 livres. La faiblesse et l'anémie étaient excessives ; il ne pouvait marcher qu'à l'aide d'un bâton ou du bras d'un aide ; il avait de la fièvre, la peau brûlante et l'appétit nul. Vous voyez d'ici le malade. Le premier jour, on lui donna une douche d'une seconde de durée, les jours suivants on la donna plus longue ; au bout d'un mois il avait augmenté de 8 livres ; il jouait, courait. Au bout de deux mois il n'avait plus de gargouillement ni de râles au sommet droit, mais de la respiration rude et amphorique (à ceux qui diraient que cela ne peut pas être, je rappellerai ce que j'ai observé chez un de mes bons amis qui, il y a vingt ans, avait manifestement des cavernes, et qui maintenant n'a plus qu'un peu de souffle tubaire, les cavernes s'étant cicatrisées). Au bout de deux mois donc, cet enfant avait la respiration rude et bronchique ; au bout de deux mois et demi il quittait l'établissement de Fleury, pesant 20 livres de plus qu'à son entrée, ne toussant plus, ayant de la vigueur et méconnaissable à ce point que le docteur Voisin hésitait à le reconnaître.

L'objection est que c'est chez un enfant que de pareils résultats ont été obtenus, la force de réparation y étant plus grande; mais on peut citer l'observation d'une femme de dix-huit ans et celle d'un homme de trente-deux ans; parlons de ce dernier.

Ce malade appela en consultation M. Louis, qui dit ne pas connaître les effets de l'hydrothérapie et ne la conseilla ni ne la déconseilla. Le malade arriva dans l'établissement de Fleury, couvert de flanelle de la tête aux pieds; il avait une sainte horreur du froid et surtout de l'eau froide. Une douche en jet est rapidement promenée sur toutes les parties du corps, particulièrement sur les extrémités inférieures et sur l'abdomen ; au bout de quelques jours les sueurs nocturnes avaient disparu. Ce malade, qui présentait, à son entrée, des craquements humides des deux côtés, des râles sibilants disséminés, qui était dans un état général très-mauvais, sortait au bout de deux mois et demi, n'ayant plus de râles, mais une respiration sèche avec expiration prolongée, tenant à la présence de granulations qui persistent (1).

Ainsi, les observations que Fleury raconte longuement, avec toute l'authenticité désirable, sont d'accord avec ce que vous voyez dans ce service d'hôpital. Maintenant, si vous avez l'audace d'employer l'hydrothérapie chez un tuberculeux, l'enverrez-vous dans un grand établissement? lui ferez-vous faire de l'hydrothérapie chez lui?

Si votre malade est devenu tuberculeux dans une ville, chez lui, en se livrant à des occupations malsaines par elles-mêmes ou par les mauvaises conditions dans lesquelles elles sont faites, il ne faut pas hésiter, il faut soustraire le malade au milieu qui lui a été fatal ; l'hydrothérapie pratiquée dans ce milieu néfaste serait tout à fait insuffisante; il faut alors un grand établissement, et je crois aux résultats presque merveilleux de l'hydrothérapie dans un établissement scientifiquement dirigé.

Si, par suite de conditions particulières, vous faites faire de l'hydrothérapie à domicile, il est difficile de pratiquer autre chose que des lotions; et le mieux est de les faire comme je l'ai dit tout à l'heure.

En réalité, je ne suis pas le seul à conseiller les pratiques hydrothérapiques aux tuberculeux : que Fleury en ait été par-

(1) Fleury, *Traité d'hydrothérapie*, p. 892 à 906. Asselin, 1866.

tisan, il n'y a rien là qui doive étonner ; mais nous avons vu que Brehmer, le Silésien, les conseille ; je les ai vu mettre en œuvre, et avec succès, à Davos. Voici encore ce qu'en dit un médecin expérimenté, Pogaçnik — et je le cite ici pour confirmer ce que je vous ai dit, qui est ce que je professe depuis dix ans. « L'usage de l'eau froide, dit Pogaçnik, dans le traitement de la phthisie, est bien préférable sous la forme de lotions que sous la forme de douches, telles qu'elles sont employées par Brehmer et Sokolowski. En se levant le matin, le malade se fait lui-même une lotion par tout le corps avec une éponge imbibée d'eau à 10 ou 20 degrés Réaumur ; il doit ensuite se frictionner énergiquement pendant cinq minutes avec un gant et s'envelopper, pour se sécher, dans un drap. Il se remet ensuite au lit pendant une demi-heure à une heure, bien couvert, jusqu'à ce qu'il survienne un peu de transpiration.

« Au moyen de l'eau froide, on provoque un fonctionnement régulier de la peau : on fortifie enfin le malade et on le rend moins susceptible aux variations de l'atmosphère.

« Peu à peu, l'appétit s'accroît, les forces se relèvent, à moins que les lésions ne soient trop avancées.

« L'hémoptysie n'est pas une contre-indication, et Pogaçnik prescrit les lotions alors qu'on ne peut tolérer les douches.

« Les lotions ont sur les douches l'avantage d'être plus agréables pour les malades ; d'avoir un effet plus prolongé et partant plus utile ; d'être très-faciles à administrer, même chez les gens pauvres, aucun appareil n'étant nécessaire ; enfin, et surtout, de ne pas nécessiter, comme après la douche, l'exercice de la marche pour amener la réaction (1). »

Enfin, à Menton, Bennet conseille la lotion froide à tous ses malades tuberculeux, « quel que soit leur état ». La lotion est faite avec une éponge et de l'eau à la température de 16 à 20 degrés centigrades. « J'ai suivi cette pratique, dit-il, pendant tant d'années et sur un si grand nombre de malades, que j'en peux dire avec autorité, non-seulement qu'elle est toujours bienfaisante, mais qu'elle ne fait courir aucun danger (2). »

Comme Pogaçnik, Bennet ne craint pas de conseiller les lotions même chez les tuberculeux exposés aux hémoptysies. J'avoue que,

(1) *Revue des sciences médicales*, janvier 1878.

(2) Bennet, *On the Treatment of Pulmonary Consumption*, p. 54, 3e édit., 1878.

si partisan que je sois de l'excitation de la peau, en général, et de son excitation par la lotion froide, en particulier, je m'abstiendrais de la conseiller dans la forme hémoptysique de la tuberculisation pulmonaire. Le refroidissement de la peau, au moins avec l'éponge ruisselante, et à plus forte raison avec la douche, me semble pouvoir provoquer de la périphérie vers les poumons malades, un refoulement du sang, cause de congestion, cause elle-même d'hémoptysie. Du reste, j'ai observé un cas d'hémoptysie de cette origine, chez un tuberculeux qui faisait vaillamment ses lotions à l'éponge ruisselante, et s'en trouvait bien quant à l'état général. Il ne se plaignait d'ailleurs pas de son crachement de sang après la lotion ruisselante, mais je l'engageai néanmoins à en cesser l'emploi — ce qu'il fit, bien qu'à contrecœur.

Ce ne sont pas là, messieurs, de vains paradoxes, mais des faits. Néanmoins, je sais trop combien l'idée semble contradictoire de momentanément refroidir des malades qu'habituellement on couvre trop, pour craindre qu'on ne fasse à ce sujet des tentatives imprudentes ou qu'on n'y commette des excès périlleux. Ce que j'espère au moins, c'est qu'on veuille bien essayer de faire fonctionner la peau un peu plus et un peu mieux ; c'est que, si l'on n'ose conseiller les lotions froides, on préconise les frictions sèches ou même les frictions aromatiques. Ce sera toujours cela de gagné ; j'aurai prêché le plus pour avoir le moins.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis du cerveau (leçon clinique) (1);

Par le docteur Alfred FOURNIER,
médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté.

L'expérience commune apprend ceci : que, d'une façon générale, les longs traitements finissent par perdre une partie de leur action, alors qu'ils sont administrés d'une façon continue.

(1) Suite. Voir le numéro précédent.

Pour le mercure, pour l'iodure, comme pour tant d'autres remèdes d'ailleurs, la continuité d'usage crée une accoutumance qui en affaiblit, en amoindrit, en annule presque, à un certain moment, les effets thérapeutiques. C'est là un point que j'ai longuement développé ailleurs (1), à propos du traitement général de la syphilis, et c'est d'après cet ordre de considérations que j'ai été conduit à formuler ma méthode des traitements successifs. Or, cette méthode, que je n'ai pas à reproduire ici, trouve son application en l'espèce, comme vous allez le voir.

Si, pendant plusieurs mois de suite, sans discontinuité, vous administrez à un malade affecté de syphilis cérébrale le traitement dont il vient d'être question, soyez sûrs, messieurs, qu'après un certain temps ce traitement ne produira plus d'effets identiques, égaux à ceux qu'il aura pu déterminer tout d'abord ; soyez sûrs qu'après trois ou six mois il n'aura plus une puissance équivalente à celle dont il était doué originairement. C'est là ce que, pour ma part, j'ai constaté maintes et maintes fois; c'est là ce qui ressort de l'analyse de nombreuses observations, et ce qui d'ailleurs n'a rien que d'absolument conforme aux principes généraux de toute thérapeutique.

Or, vous comprenez combien il serait utile, en pratique, de parer à ce grave inconvénient de l'accoutumance. N'est-il aucun moyen d'y parvenir?

J'ai longuement étudié à ce point de vue spécial la question du traitement, et, après de nombreux tâtonnements dont je vous fais grâce, je crois être arrivé à une pratique qui n'est pas sans réaliser de sérieux avantages.

Cette pratique, qui est des plus simples, consiste en ceci : alterner l'usage des deux agents antisyphilitiques dont nous disposons, de façon à conserver à chacun d'eux l'intégrité de son influence initiale pendant la longue durée du traitement. C'est-à-dire, plus simplement : administrer tour à tour les frictions et l'iodure, de façon à permettre au malade de se déshabituer de tel remède pendant qu'il profitera de tel autre, et ainsi de suite, successivement.

Je précise par un exemple.

Soit un malade affecté de syphilis cérébrale. Je commence par

(1) Voir mes *Leçons sur la syphilis étudiée plus particulièrement chez la femme*, p. 1084 et suivantes.

prescrire le traitement mixte, que je considère, vous le savez, comme indispensable d'emblée, dans les premiers temps de l'affection, tout au moins que je considère comme le plus efficace, le plus sûr. Je continue ce traitement un certain temps, six à huit semaines environ. Puis, au delà, je le suspends (sauf indication contraire, bien entendu), dans la conviction que, prolongé plus longtemps ou, *à fortiori*, prolongé d'une façon indéfinie, il ne fournirait plus que des résultats inférieurs à ceux qu'on en espère.

Un répit de quelques jours est, de la sorte, concédé au malade, répit qui fait office d'un stade de désaccoutumance, favorable à l'action ultérieure du remède.

Puis, c'est alors que j'inaugure une autre méthode, à laquelle vous me permettrez de donner abréviativement le nom de *traitement alterne*. Ce traitement, tel que j'ai coutume de l'administrer, consiste purement et simplement en ceci :

Pendant une vingtaine de jours en moyenne, reprise des frictions mercurielles, et des frictions mercurielles exclusivement, sans iodure ;

Au delà, cessation des frictions; et reprise de l'iodure, de l'iodure seul, pendant un temps égal, trois semaines environ ;

Au delà encore, cessation de l'iodure, qui cède la place à une nouvelle série de frictions, et cela pour le même temps ;

Au delà, enfin, nouveau traitement à l'iodure ;

Et ainsi de suite.

De sorte que, tour à tour, le malade est soumis à l'action du mercure et de l'iodure. Il subit ainsi un traitement continu, mais un traitement continu-alterne, si je puis ainsi parler, lequel, en dépit de sa continuité, reste exempt des inconvénients de l'accoutumance. Car, pendant le stade de traitement mercuriel, l'organisme se déshabitue de l'influence iodique ; — comme, pendant le stade de traitement iodique, il se déshabitue de l'influence mercurielle ; — et de même tour à tour.

D'après ce que j'ai vu ou ce que j'ai cru voir (car chacun sait combien il est facile de se faire illusion sur les résultats d'une thérapeutique quelconque et plus encore sur les résultats d'une thérapeutique personnelle), ce mode de traitement réaliserait plusieurs avantages que voici :

D'abord (et ceci me paraît incontestable), il est facilement toléré par l'organisme, plus facilement à coup sûr que ne le serait

l'administration longtemps continuée du mercure ou de l'iodure;

En second lieu, il conserve à chacun des deux remèdes l'intégrité de son action pendant toute la durée de la cure ; c'est-à-dire il rompt l'accoutumance, et il met à profit de la sorte tous les effets utiles de la médication ;

Troisièmement, il peut être prolongé, sans fatigue ni danger pour le malade, pendant toute la durée nécessaire à la guérison, durée toujours plus ou moins longue, fort longue même quelquefois, comme vous le savez.

Au total, mon sentiment est que je dois à cette méthode du traitement alterne des succès réels. Je crois avoir le droit de la juger supérieure aux autres méthodes plus communément usitées, et je la recommande en conséquence à votre attention.

V

Dernier point : il faut que le traitement soit poursuivi longtemps encore après la disparition des accidents, au-delà de ce qu'on peut appeler la guérison actuelle de la maladie.

Ce dernier précepte n'est que trop légitimé par la tendance si fâcheuse de la syphilis cérébrale aux recrudescences et aux récidives. Rien de plus commun, vous ai-je dit précédemment, que de voir des accidents cérébraux éteints, paraissant guéris, se reproduire après un temps variable, soit sous la même forme, soit sous des formes différentes, et presque toujours avec un degré supérieur de gravité. Il faut donc bien distinguer la guérison apparente de la guérison vraie, et il n'est que trop certain, il n'est que trop formellement établi, par de nombreux exemples, que l'extinction définitive de l'influence syphilitique sur le cerveau s'obtient seulement au prix d'une médication longuement, très-longuement poursuivie, après la disparition des symptômes apparents.

En pratique, messieurs, n'oubliez jamais, ne perdez jamais de vue cette tendance particulière de la syphilis cérébrale aux recrudescences, aux rechutes à brève ou à longue échéance. Attachez-vous à prendre les devants sur ces assauts ultérieurs de la diathèse et à conjurer les accidents que ces récidives — toujours graves, je le répète à dessein ne manquent — guère d'entraîner à leur suite.

Mais, comment remplir cet office de prophylaxie ? De la façon suivante :

1° En prescrivant d'abord à vos malades une hygiène spéciale, dont je me réserve de vous parler bientôt ;

2° En leur recommandant d'insister encore et d'insister longtemps sur la médication antidiathésique.

Sans doute, il ne faudrait pas ici pécher par excès et surcharger indéfiniment les malades de médications. Mais, en évitant cet écueil, il importe aussi de se garer d'un autre; car, dans la crainte de trop faire, aboutir à faire trop peu serait courir le risque de laisser reprendre le dessus à la maladie.

Donc, en somme, après une certaine trêve thérapeutique, le traitement devra être renouvelé; et renouvelé non pas une seule fois seulement, mais maintes fois, dans le cours de l'année et des années suivantes.

Plusieurs stades ultérieurs de traitement mercuriel et iodurique ne seront pas de trop, à coup sûr, pour conserver le succès obtenu et sauvegarder l'avenir, après avoir assuré le présent.

C'est là, messieurs, ce qui ressort de l'expérience, et la plupart des auteurs qui se sont occupés spécialement des affections syphilitiques du cerveau sont d'accord sur ce point. Plus qu'aucun autre, il est vrai, j'ai été frappé de la fréquence des récidives dans la syphilis cérébrale, fréquence qui ne me paraît pas avoir été appréciée jusqu'ici à son juste niveau. Et c'est pour cela que, d'autant plus énergiquement, j'insiste près de vous sur la nécessité de revenir plusieurs fois de suite à la médication spécifique après guérison des symptômes d'une première poussée. Ce n'est pas moi, assurément, qui consentirai jamais à laisser sans traitement un malade fraîchement guéri d'accidents cérébraux syphilitiques. Bien au contraire, toujours et en tout état de cause, je conseillerai à ce malade de se traiter encore, et cela pendant plusieurs années, en reprenant tour à tour le mercure et l'iodure de temps à autre, à intervalles de quelques mois. Et c'est après plusieurs années consacrées de la sorte à une série de traitements itératifs, c'est après plusieurs années écoulées sans symptômes nouveaux, sans menaces de récidive, que je commencerai seulement à être rassuré sur l'avenir et à prononcer le mot de *guérison*.

Bref, si vous me pardonniez l'exagération de la formule, je serais presque tenté de dire que les affections syphilitiques du cerveau doivent être traitées à satiété pour être suffisamment traitées. Telle est du moins l'impression que m'ont laissée les nombreux cas qui se sont présentés à mon observation jusqu'à ce jour.

VI

Ce dont nous avons parlé jusqu'ici constitue le traitement spécifique de la syphilis cérébrale.

Or, à côté des agents spécifiques, d'autres médications peuvent aussi trouver leur place dans le traitement de la maladie, ne serait-ce qu'au titre de *médications auxiliaires*.

Leur place y est même d'autant mieux marquée que la syphilis cérébrale, comme je vous l'ai répété bien des fois, ne se compose pas seulement de lésions spécifiques; elle se compose aussi de lésions vulgaires, lesquelles même, en nombre de cas, constituent, à un moment donné, le danger principal de la maladie. Rappelez-vous à ce propos ce que je vous disais au début même de ces conférences en vous traçant l'histoire de ces lésions vulgaires : « La syphilis tue rarement par ses lésions propres; elle tue le plus souvent, presque toujours, par le fait de lésions vulgaires, consécutives aux lésions spécifiques, symptomatiques de ces dernières. »

Donc, si la thérapeutique nous offre certaines ressources contre ces lésions vulgaires, il va sans dire que nous devons en profiter et les annexer, les combiner au traitement spécifique.

Eh bien, ce qu'indique le bon sens *à priori*, l'expérience le confirme. Et il est bien démontré actuellement que des médications d'ordre commun, absolument dépourvues de toute influence sur les lésions propres de la syphilis, sont susceptibles cependant d'exercer une action favorable sur certains symptômes de la syphilis cérébrale. C'est ainsi, par exemple, que le bromure de potassium ou l'hydrothérapie calme parfois d'une façon remarquable quelques-unes des manifestations des encéphalopathies spécifiques, telles notamment que les troubles congestifs, les symptômes d'excitation, voire l'épilepsie. De nombreuses observations témoigneraient de ce fait au besoin, s'il n'était superflu d'attester, preuves en main, ce qui vraiment est de notoriété acquise.

J'ai même vu plusieurs fois (et cette remarque comporte un intérêt pratique que vous allez facilement comprendre), j'ai même vu, dis-je, plusieurs fois telle ou telle de ces médications d'ordre vulgaire modifier divers phénomènes de la syphilis cérébrale d'une façon assez heureuse et assez complète pour donner le change au médecin, pour dévier le diagnostic, pour conduire

à l'exclusion de la syphilis, alors cependant que la syphilis seule était en cause comme origine des accidents. Le fait, à coup sûr, a trop d'importance pour ne pas mériter de nous arrêter un instant. L'observation suivante en fera foi.

Affecté d'une syphilis cérébrale (dont le diagnostic devait être confirmé par l'autopsie), un jeune homme commença par présenter, pour unique ordre de symptômes initiaux, des crises d'épilepsie convulsive, sans mélange d'aucun autre trouble morbide. Dès l'apparition de ces crises, la syphilis fut suspectée comme cause de tels accidents. Mais le malade, homme intelligent et instruit, s'obstinant à renier formellement tout antécédent syphilitique (et cela avec d'autant plus d'énergie qu'il croyait avoir intérêt à tenir secrète une syphilis des mieux avérées), on passa outre, bien malheureusement, sur l'impression première, on mit la vérole hors de cause, et l'on s'arrêta comme traitement à une cure hydrothérapique. Or, les effets de cette cure furent véritablement merveilleux de prime abord : suspension immédiate des crises épileptiques, qui ne se reproduisirent pas, même à l'état d'ébauche, pendant plusieurs mois ; amélioration de la santé générale; guérison apparente, en un mot. Si bien que, devant ce succès irrécusable d'une médication vulgaire, le soupçon de syphilis fut de plus en plus délaissé. Etait-il à supposer, en effet, qu'une médication vulgaire pût exercer une influence aussi puissante, aussi complète, sur des symptômes d'ordre spécifique? Eh bien, ce qui était, ou, pour mieux dire, ce qui semblait inadmissible, n'était que trop réel cependant. Et la preuve, c'est que, momentanément enrayée par l'hydrothérapie, la maladie reprit le dessus quelques mois plus tard, et se révéla avec une intensité d'autant plus grande qu'on lui avait laissé tout loisir pour confirmer ses lésions dans le cerveau.

La possibilité d'un amendement de cet ordre, aussi catégorique, aussi tranché, se produisant sous l'influence d'une médication vulgaire, est assurément un fait curieux dans l'histoire de la syphilis cérébrale. Peu connue jusqu'à ce jour, cette particularité mérite bien d'être signalée à l'attention des praticiens ; car elle peut devenir, comme dans le cas précité, une cause d'erreur diagnostique, et une cause d'erreur vraiment difficile à éviter.

Mais revenons à notre point de départ, dont cette digression nous a quelque peu éloignés, et voyons quelles médications

d'ordre vulgaire peuvent être utilement adjointes au traitement spécifique.

I. — En premier lieu, mentionnons l'*hydrothérapie.*

Déjà l'observation que je citais à l'instant vous a montré le parti possible à tirer de cette méthode. Et, en effet, dans un certain nombre de cas, l'hydrothérapie constitue un auxiliaire puissant du traitement spécifique.

D'une façon non douteuse, l'hydrothérapie est particulièrement utile dans le traitement de la forme épileptique de la syphilis cérébrale. Mes résultats sont des plus démonstratifs à ce point de vue, et je suis heureux d'avoir à dire que M. le professeur Charcot est arrivé, de son côté, à des conclusions tout à fait identiques. Les plus beaux cas de guérison d'épilepsie syphilitique que me fournissent mes notes ont été obtenus par le traitement suivant : frictions mercurielles, iodure de potassium, et douches froides (une ou deux par jour). Quelle part de succès revient aux douches dans cet ensemble thérapeutique complexe ? Cela serait impossible à déterminer si je n'avais par devers moi un certain nombre d'autres observations dans lesquelles le traitement spécifique a été employé seul, sans le concours des douches froides. Or, il n'est pas douteux que, dans ce dernier ordre de cas, les résultats thérapeutiques aient été moins rapides, moins immédiats, moins absolus d'emblée. Très positivement, donc, l'hydrothérapie exerce une action suspensive sur les crises épileptiques de la syphilis cérébrale (1).

Elle n'est pas sans avantage, encore, contre les troubles divers de la forme congestive. Inversement, je l'ai trouvée plusieurs fois nuisible, incontestablement nuisible dans les cas d'excitation mentale, d'agitation, de délire, etc.

Quelques praticiens la préconisent indifféremment dans toutes les formes et presque à toutes les périodes de la syphilis cérébrale. C'est là, je crois, un abus. Utile en certains cas, je ne

---

(1) C'est à une hydrothérapie des plus simples que j'ai eu recours dans les cas mentionnés ici. Une douche, au plus deux douches froides par jour, en pluie, et d'une demi-minute à une minute de durée, telle est la seule pratique que j'ai mise en œuvre sur mes malades et qui m'a fourni les résultats dont je viens de parler.

L'hydrothérapie a été appliquée quelquefois par certains médecins d'une façon beaucoup plus complexe. Je ne sache pas qu'elle ait fourni, sous ce mode, de meilleurs résultats.

mets pas en doute qu'elle risque souvent d'être préjudiciable ; du moins ai-je en main plusieurs observations dans lesquelles elle a très-sûrement exagéré les symptômes morbides et précipité la marche de la maladie. Il importe donc de ne la prescrire qu'à bon escient et sur des indications précises, soit rationnelles, soit empiriques. Confessons du reste que notre expérience est encore bien imparfaite sur la question. Il serait donc prématuré de vouloir poser des conclusions formelles sur les avantages ou les inconvénients de l'hydrothérapie dans les diverses formes de la syphilis cérébrale. Bornons-nous à signaler le peu que nous savons, et faisons appel à des observations ultérieures.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du massage dans l'entorse ;

Par le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine,
membre correspondant de l'Académie de médecine
et de la Société de chirurgie.

A deux reprises déjà, j'ai entretenu les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* des bons effets du massage dans l'entorse (t. LXXVII, p. 69 et LXXX, p. 153), pour appeler leur attention d'une manière spéciale sur ce moyen de traitement si simple et si efficace ; car, bien que le massage soit entré, depuis plusieurs années, très largement dans la pratique et soit devenu de plus en plus familier aux chirurgiens, il n'est pas employé encore, je crois, assez fréquemment pour le bien des malades, comme pour la réputation du praticien.

Dans mes études précédentes, j'ai publié trente-six observations, plus ou moins détaillées, dans lesquelles il était évident que le massage avait fait très bien en beaucoup moins de temps que les autres moyens de traitement mis ordinairement en usage ; j'ai donné des indications touchant cent huit ou cent dix observations. Je pourrais aujourd'hui ajouter à ces chiffres plus de cent autres faits personnels, et si je voulais énumérer tous ceux qui ont été rapportés dans les publications périodiques et monographies, j'arriverais certainement à près d'un millier.

Mais je n'apporterais, je crois ainsi, aucun élément nouveau dans la question; dès qu'on a dépassé un certain chiffre, quelques unités de plus ou de moins ne font plus autant que le raisonnement et la description dans lesquels on peut entrer pour la détermination du degré d'utilité du moyen que l'on prescrit.

Je ne citerai donc pas actuellement des observations détaillées, mais seulement des chiffres sommaires à l'appui de mon dire, renvoyant pour ces observations aux mémoires précités. Mais tout d'abord élucidons un premier point qui ne manque pas d'avoir son importance. Quelles sont les entorses susceptibles d'être traitées par le massage? Aujourd'hui que ma pratique personnelle porte sur plusieurs centaines de faits de la maladie, je ne crains pas d'affirmer que toutes les entorses dans lesquelles il n'y a pas de plaie cutanée, peuvent être massées avec quelque avantage; qu'elles soient récentes, qu'elles soient anciennes, simples, compliquées de contusion, d'ecchymose, de rupture musculaire et même osseuse. Que le sujet soit jeune ou vieux, bien portant ou malade, de constitution sanguine ou lymphatique, pourvu qu'il n'ait pas de plaie, le massage est indiqué.

On comprend que la restriction faite ici a pour cause l'impossibilité où l'on serait de faire des frictions prolongées sur une partie où le derme et même l'épiderme n'existent plus ; elle nous montre donc, d'une part, qu'au cas où une excoriation se serait produite au moment de l'accident ou bien par le fait du massage, il faudrait attendre son entière cicatrisation pour employer le moyen thérapeutique. Et disons à l'avance qu'elle indique aussi que le massage doit être fait toujours de telle sorte qu'il ne soit pas douloureux. Cette dernière condition est capitale, comme je le dirai ultérieurement.

On a avancé que le massage, utile dans quelques cas d'entorses simples, peut avoir des conséquences très-fâcheuses dans les cas d'entorses compliquées ; si cette assertion était vraie, elle serait de nature à restreindre singulièrement les indications de la méthode; heureusement, il n'en est rien. Bien plus, je ne saurais trop m'élever contre elle et je n'hésite pas à dire de la manière la plus formelle qu'en des mains peu prudentes le massage ne peut avoir que de bons effets soit dans les entorses simples, soit dans les entorses compliquées de fracture des ligaments. Dans ces derniers cas, le massage ne guérit pas, j'en conviens, la lésion osseuse ou l'arrachement ligamenteux comme il guérit l'entorse

simple, mais cependant on aurait tort de croire qu'il est inutile; en effet, il abrége la durée de la maladie et simplifie la scène pathologique du premier moment, qu'on me passe le mot, en même temps qu'il est, je crois, de nature à prévenir certaines complications ultérieures, telles que raideurs, engorgements locaux, affaiblissement ou paralysie musculaire.

Il m'est arrivé à diverses reprises de voir deux ou trois jours après l'accident un malade qui avait un gonflement du pied ou de la main sur lequel il était difficile de porter un diagnostic précis; était-ce une simple entorse, une contusion ne touchant que les parties molles ? y avait-il fracture d'un métacarpien ou d'un métatarsien, d'une malléole de la partie inférieure du tibia? La chose ne pouvait être déterminée d'une manière précise. Je n'ai pas hésité à pratiquer le massage dans ces cas, et en ayant soin de me tenir à la limite de la douleur ; je n'ai jamais vu une complication survenir du fait de mes manœuvres ; au contraire, après une, deux ou trois séances, le gonflement était dissipé ; la douleur générale assez amoindrie pour que les investigations fussent beaucoup plus faciles. Nombre de fois dans ces cas, j'ai reconnu alors l'existence d'une fracture, et le bandage inamovible a pu être appliqué plusieurs jours avant le moment où j'eusse songé de le faire, si j'avais laissé à la nature, aidée par les seuls résolutifs ordinaires, le soin de faire disparaître le gonflement.

Je n'ai pas à rappeler ici que le massage a été employé dans les temps les plus reculés de la chirurgie ; que les praticiens les plus distingués de toutes les époques, ou à peu près, l'ont considéré comme capable de rendre de grands services dans le traitement de l'entorse. Il serait oiseux, je crois, aujourd'hui, de faire l'énumération de ceux qui l'ont préconisé ; il suffit de dire qu'il est admis définitivement dans la pratique chirurgicale, et que nous l'avons enfin enlevé aux rebouteurs, qui en ont eu trop longtemps le monopole au préjudice des malades et des chirurgiens.

Mais il est une dernière réparation que l'opinion doit à cette méthode thérapeutique, c'est d'effacer de nos livres classiques cette phrase injuste autant qu'inexacte aujourd'hui : « Le massage est un moyen empirique. » Non, mille fois, il n'y a là aucun empirisme dans son emploi, car l'anatomie pathologique de l'entorse nous montre que c'est surtout la stagnation du liquide épanché des vaisseaux les plus ténus dans les gaines des tendons

et le voisinage des ligaments, qui fait la lenteur de la guérison. Il en découle logiquement que le massage agit mécaniquement et d'une manière directe autant qu'active pour la disparition de ce liquide, tandis que les autres moyens appelés *classiques*, depuis les compresses froides jusqu'à la bande inamovible, n'agissent que par leur coefficient de temps. C'est une expectation plus ou moins déguisée, presque toujours entièrement inutile autant que peu sûre, que l'on met en pratique en employant ces moyens dits *classiques*.

A quelle époque faut-il commencer à pratiquer le massage? Telle est la question qu'on ne manquera pas de nous poser ici. Je répondrai d'un mot : le massage peut être employé à toute époque dans la maladie, depuis le moment même de l'accident jusqu'à celui qui avoisine l'entière guérison. Il n'y a ni dans le gonflement, ni dans l'enchymose, aucune contre-indication. A condition que le chirurgien se tienne à la limite de la douleur, il faut masser n'importe quelle entorse et à n'importe quel moment. Seule la plaie ou l'excoriation de la peau défend de l'employer, pour cette seule raison, qu'il serait impossible de faire les frictions qui le constituent sans faire souffrir le patient.

Quand on a résolu de pratiquer le massage dans une entorse, on doit choisir entre deux pratiques assez différentes : la première, qui consiste à agir vigoureusemet dès le début et qui a pour objet d'exercer des pressions fortes, de provoquer des mouvements étendus des articulations en commençant; l'autre qui, au contraire, procède d'une manière plus douce et plus lente et qui n'arrive aux pressions soutenues, aux mouvements étendus, qu'après un certain temps et surtout peu à peu. Les malades ne sont pas indifférents à l'emploi dans leur traitement de l'une ou de l'autre méthode ; et si on leur donnait la latitude de choisir, il n'en est pas un qui ne préférât la seconde à la première. En effet, tandis que la première ne se préoccupe pas des douleurs que le chirurgien impose au patient, la seconde prend cette douleur pour guide et s'applique à ne pas la faire naître pendant tout le temps de la manipulation. Voici le *modus faciendi* dans les deux cas.

1° *Procédé des manœuvres rapides et vigoureuses dès le début.* — Le procédé du docteur Lebatard pouvant être pris comme le type de cette catégorie, je vais le rapporter textuellement, tel que je le trouve dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie*

pratiques (t. XXI, p. 693-694, article de M. Du Mesnil). « Le malade, étant assis, tient la jambe blessée étendue, la plante du pied appuyée sur la jambe de l'opérateur ; il est préférable qu'elle y soit fixée par la main d'un aide. Si l'opérateur agit sur le pied droit, il embrasse le talon dans la paume de la main gauche, le fait basculer de bas en haut et d'arrière en avant, exerçant une forte traction sur le tendon d'Achille. Le pouce de la main gauche s'étend autant que possible sur tout le gonflement tibio-tarsien en cherchant à amener derrière la malléole externe tous les tissus qui en sont le siége. Il procède ainsi, en maintenant la même position du membre et du talon, jusqu'à ce qu'il ait ramené à sa forme naturelle l'articulation qui primitivement était tuméfiée.

« Le gonflement dissipé sous l'influence de cette forte pression dirigée du bord externe au bord postérieur de la malléole externe, le pouce de la main gauche exerce encore des pressions moins puissantes pour terminer l'opération et rendre au pied, sur la face externe, la forme naturelle. La main droite agissant de concert avec la main gauche sur le membre droit entorsé, exerce les mêmes manœuvres que la main gauche en contournant de la même façon la malléole interne. La main droite prêtant son appui à la main gauche pour maintenir le talon dans la position indiquée, ramène le pouce de la racine du gros orteil au-devant de l'articulation tibio-tarsienne ; il fait exercer à celle-ci des mouvements de va-et-vient de manière à détruire par une pression simultanée avec le pouce gauche le gonflement qui pourrait occuper la face externe du pied et de l'articulation.

« Lorsque la face dorsale du pied et de l'articulation a, par ces pressions rapides et successives, repris son état normal, par l'absence de toute tuméfaction, l'opérateur tient le talon par les deux bords planitaires et, de la main droite, il contourne l'extrémité de chacune des malléoles avec le médius et le pouce, dirige ceux-ci dans la rainure sous-malléolaire et exerce, à l'aide de ces deux doigts une forte pression de bas en haut du calcanéum aux bords du tendon d'Achille jusqu'à l'extrémité inférieure du mollet. Il répète cette pression longitudinale jusqu'à ce que le membre ait repris la forme primitive. Abandonnant cette traction sur le talon en le maintenant toutefois dans la main gauche, l'opérateur exerce de la main droite, sur la face dorsale du pied entorsé, de fortes pressions qui, dirigées de l'extrémité inférieure à la supérieure, contournent l'articulation d'avant en arrière de chaque

côté. Le pied, par cette manœuvre, retrouve sa forme primitive, et les douleurs déterminées par les différentes pressions cessent à mesure qu'on les cherche. »

2° *Procédé des manœuvres lentes et douces ayant pour objectif d'éviter les douleurs pendant les manipulations.* — Le procédé du docteur Girard peut être considéré comme type de cette manœuvre, et je vais le citer aussi textuellement, puisé à la même source : « Quelle que soit la gravité de l'entorse, nous ne nous occupons d'abord que du gonflement et de la douleur, sauf plus tard, lorsque nous aurons fait disparaître ces symptômes, à constater des complications et à y remédier. Le premier temps de l'opération consiste dans de simples frictions extrêmement légères, car à peine effleurons-nous la peau avec le bout du doigt. Ces frictions sont exécutées avec la face antérieure des doigts réunis, de bas en haut, de façon à ne pas éveiller la moindre douleur. Après dix, quinze, vingt minutes, il est rare que l'on ne puisse exercer une pression un peu plus forte que nous diminuons ou augmentons suivant les sensations éprouvées par le malade. Rarement a-t-on agi ainsi pendant une demi-heure sans que le patient accuse un soulagement notable, surtout très-appréciable lorsque les douleurs sont continues. Après les frictions, et lorsqu'on a pu exercer sur le membre endolori une pression que l'on peut évaluer au poids de la main, alors commence le deuxième temps de l'opération, que nous nommons le *massage* proprement dit. Il consiste à agir non seulement avec les doigts que l'on écarte plus ou moins pour les faire glisser dans les gouttières des régions voisines, mais encore avec la paume de la main de façon à embrasser toute l'articulation et toutes les parties environnantes. Dans ces deux temps, nous avons la précaution d'enduire nos doigts et nos mains d'un corps gras, tel que l'huile d'amandes douces, afin de faciliter leur glissement et de rendre leur contact plus doux à la peau. Le deuxième temps se pratique en observant la même gradation que dans le premier : c'est-à-dire de bas en haut et en agissant non seulement sur les points douloureux, mais encore sur toutes les parties tuméfiées. Après les manipulations plus ou moins prolongées, suivant la gravité ou l'ancienneté de l'entorse, nous arrivons à faire opérer à l'articulation des mouvements dans tous les sens, mais seulement alors que les plus fortes pressions avec la main n'éveillent plus aucune sensation douloureuse. Si ces mouvements déterminent quelques

douleurs, nous nous abstenons de revenir au massage, jusqu'à ce que de nouveaux tâtonnements nous démontrent que la jointure peut être fléchie ou étendue sans que le patient accuse de sensibilité anormale.»

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des accidents qui peuvent survenir chez les morphiomanes (morphinisme et traumatisme);

Par M. le docteur L.-Henri Petit,
sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

Malgré les travaux de Levinstein, Leidesdorff, Calvet, Hirschberg, etc. (1), la question du morphinisme chronique est encore si peu avancée, surtout au point de vue de son traitement, que le fait suivant, publié dans la *Lancette anglaise* comme exemple de suppression brusque de la morphine chez une personne qui en usait à hautes doses depuis sept années, nous avait à première vue vivement frappé. En lisant attentivement l'observation, nous y avons trouvé d'autres particularités sur lesquelles l'auteur n'avait pas insisté et qui nous ont paru dignes d'attirer l'attention au plus haut point. Il s'agit de l'apparition de phénomènes inflammatoires graves soit au niveau de la piqûre, soit dans des points éloignés de cette région. Voici d'abord l'observation dont il s'agit :

Obs. I. — *Injections hypodermiques de morphine pendant sept années. Plusieurs avortements. Nouvelle grossesse; au sixième mois, abcès puis érysipèle partant d'une piqûre. Accouchement à terme. Cessation brusque des injections de morphine quinze jours après. Accidents généraux graves*, par le docteur James Braithwaite (*The Lancet*, 21 déc. 1878, p. 874).

Il y a sept ans, je donnai mes soins à une jeune dame mariée, pour une affection douloureuse du rachis.

---

(1) Leidesdorff, *Wiener med. Wochens.*, 1876, p. 617, 647.— Levinstein, *Berliner klin. Wochens.*, 1875, et *Bull. de Thér.*, t. XC, p. 348. — Calvet, *Thèse de Paris*, 1877. — Hirschberg, *Berl. klin. Wochens.*, 1877, p. 175. — Levinstein, *Berl. klin. Wochens.*, 1877, p. 69, et *Die Morphiumsucht*, 1877, traduit en français, Paris, 1878 (*la Morphiomanie*).

La nature de cette affection était douteuse, mais elle fut considérée comme inflammatoire par Sir James Simpson, M. William Hey et mon père, qui virent la malade. Un jour malheureusement, comme l'évènement le démontra, je lui fis une injection sous-cutanée de morphine, et sur sa prière je la répétai lorsque la douleur devenait plus forte que d'habitude. La malade commença à se faire elle-même des injections pendant une saison qu'elle fit aux eaux, et elle en prit bientôt l'habitude, en même temps que les doses s'élevaient de plus en plus. Elle arriva ainsi à employer 75 centigrammes de morphine par jour, sans qu'il survînt aucun accident; elle vaquait à ses affaires, allait dans le monde, mais ne pouvait rien faire le matin avant d'avoir fait son injection, et elle était toujours calmée jusqu'au moment venu d'en reprendre une autre. Si elle avait à faire quelque chose de plus que d'habitude, elle s'administrait une injection de plus, ce qui semblait lui donner une vie et une énergie nouvelles.

Pendant les quatre années où elle employa ainsi la morphine, elle fut parfois malade, et pour toute affection un peu de morphine en plus était une panacée certaine, même pour les pertes qui accompagnèrent plusieurs fausses couches. Ces pertes furent relativement modérées, et ce fait m'engagea à traiter par les injections de morphine les avortements et les hémoptysies; je dois dire que ce moyen me fut utile et qu'il arrêta ces hémorrhagies avec rapidité et certitude.

Mais de jour en jour, la difficulté de trouver une place convenable pour pratiquer l'injection, augmentée encore par la maigreur croissante de la malade, fit naître en elle un vif désir de s'affranchir de cette habitude tyrannique. Elle diminua graduellement la dose, qui, au bout de deux ans, se trouva réduite à 4 ou 5 centigrammes par jour; si la diminution était trop grande, il survenait immédiatement de la diarrhée, et la malade connaissait par ce symptôme le degré de diminution que son organisme pouvait tolérer. Je pense que s'il n'était rien survenu, cette diminution progressive, quoique très lente et difficile, aurait abouti à la cessation complète; mais à cette époque, la malade devint enceinte et il fut impossible de réduire davantage la dose de morphine.

La grossesse était arrivée au sixième mois, lorsque, à la suite d'une injection, il se forma un vaste abcès à la partie inférieure et interne de la cuisse gauche et à partir de ce point la veine fémorale pouvait être suivie de bas en haut comme un cordon induré. Cet incident devint si grave, que je priai mon ami, M. Jessop, de voir la malade avec moi, et je dois reconnaître que c'est en grande partie à ses bons soins qu'il faut rapporter la terminaison de cet abcès. Celui-ci fut ouvert avec les précautions antiseptiques, et il allait bien lorsque survint un érysipèle qui, parti de la plaie, envahit la cuisse, puis les deux hanches et la région sacrée.

On dut alors augmenter rapidement les doses de morphine

pour sauver la vie et en même temps pour enrayer l'érysipèle, et sa puissance se manifesta ici d'une manière frappante, car chaque pas en avant de l'érysipèle était immédiatement arrêté par une nouvelle augmentation de la morphine.

L'accouchement eut lieu le 6 février 1877. L'érysipèle venait à peine de disparaître et la quantité de morphine prise quotidiennement était de 40 centigrammes.

Une quinzaine de jours après l'accouchement, à la demande expresse de la malade et avec le concours de M. Jessop, il fut décidé qu'on cesserait brusquement et entièrement l'usage de la morphine. La dernière injection fut faite dans la matinée du 20 février.

Nous n'avions, pour nous guider, aucune relation de cas semblables, sauf une courte note sur un fait à peu près analogue et publiée dans un vieux numéro de l'*Edinburgh Medical Journal*, et encore n'y était-il pas question de l'emploi de la morphine en injections sous-cutanées. Ce document eut toutefois pour résultat de nous faire considérer bien au-dessous de son importance la gravité des suites de la suppression brusque de la morphine.

Le lendemain, il survint de la diarrhée et des vomissements constants, ou pour mieux dire incessants. Les vomissements avaient lieu toutes les dix minutes et étaient composés d'un liquide muqueux mélangé de bile; les déjections alvines avaient un aspect analogue, mais étaient plus foncées et plus épaisses.

Le deuxième jour, les vomissements et la diarrhée continuèrent encore, comme ils avaient fait toute la nuit; l'estomac rejetait tout, et même un lavement nutritif fut rendu immédiatement par le rectum. La glace, seule ou avec du vin de Champagne, le lait, la limonade, donnés en très-petites quantités, furent essayés en vain.

Le cinquième jour au matin, l'estomac garda un petit morceau de poulet avec une bouchée de pain et environ une cuillerée à dessert de bière; mais tout fut rejeté au bout d'une demi-heure et parut avoir aggravé le mal de cœur. L'estomac ne retint aucun aliment au-delà de quelques minutes; le neuvième jour, la vie parut en grand danger, et si grand, que je préparai ma seringue à injection, et que je priai la malade de se laisser injecter un peu de morphine pour lui sauver la vie. Mais elle fut ferme dans sa résolution et me dit qu'elle aimait mieux mourir que de redevenir l'esclave de la morphine.

Le lendemain, dixième jour, l'estomac garda un morceau de poisson pendant quelques heures et depuis lors l'amélioration fut progressive. La diarrhée continua cependant plus ou moins et l'estomac ne conservait la nourriture qu'à la condition seule que les repas ne se fissent qu'à intervalles assez longs.

Je croyais que les accidents se seraient terminés là, lorsqu'à la suite d'un léger excès de travail l'érysipèle reparut le 16 avril et s'étendit rapidement. Cette complication sembla réveiller les

anciens vomissements et la diarrhée, qui durèrent incessamment pendant dix jours, plus terribles que jamais, et s'accompagnant d'une sensation de brûlure à la gorge et dans la bouche si intense, que la malade était obligée de se mettre une éponge mouillée sur les lèvres. Au dixième jour, survint une amélioration progressive, mais beaucoup plus lente qu'après la première attaque; toutefois à l'époque actuelle (décembre 1878) la diarrhée persiste encore, et s'aggrave au moindre excès de fatigue.

« Mon opinion est qu'on aurait pu maîtriser depuis longtemps cette diarrhée par le calme et le repos absolus, mais malheureusement je n'ai jamais pu les obtenir, et elle est tellement passée maintenant à l'état chronique, que le repos n'a plus que peu d'influence sur elle. On ne peut douter, toutefois, que chaque nouvel excès de fatigue n'aggrave cette diarrhée.

« Je conclus de ce cas qu'une diminution très lente et graduelle de la quantité de morphine injectée est préférable à sa cessation brusque, et puisqu'en deux ans la malade a pu diminuer sa dose quotidienne de 75 centigrammes à 4 ou 5 centigrammes, il faut admettre que la diminution progressive est parfaitement praticable. Toutefois, la dame prétendait que la quantité totale de douleur était plus considérable, mais répartie sur un temps plus long. Mais si cependant, pour une raison quelconque, comme la formation d'un abcès, on la cessait brusquement, il en résultait l'apparition de vomissements et de diarrhée. Les vomissements cessaient au bout de plus ou moins de temps, et d'autant plus tôt qu'on tourmentait moins l'estomac. La diarrhée, au contraire, continua pendant longtemps, et le meilleur traitement qui lui convînt était le repos absolu. Ni les astringents ni les lavements d'aucune sorte n'eurent aucune prise sur elle, au contraire. Il faut en excepter les lavements contenant 1g,50 de chloral dans 30 grammes d'eau tiède le soir; ils étaient gardés et dans plusieurs occasions ils ont produit de bons effets.

« Contre le mode de traitement par la diminution graduelle, je dois pourtant faire remarquer que ce procédé parut exercer une influence fâcheuse sur la santé générale, car pendant ces deux années la malade fut plus ou moins invalide. La malade elle-même s'était prononcée résolument en faveur de la cessation brusque, et comme c'est une femme instruite et d'une grande intelligence son opinion ne doit pas être négligée. Cependant, je ne puis la partager, après l'avoir vu vomir toutes les cinq ou

dix minutes pendant plusieurs jours immédiatement après la cessation de la morphine, à deux reprises des rechutes survenir après un peu de travail, et la diarrhée persister encore actuellement, près de deux ans depuis son début.

« Il est intéressant de noter que ces fortes doses de morphine n'ont eu aucune influence sur l'enfant qui était vivant et très remuant dans l'utérus, et qui depuis est robuste et jouit d'une santé parfaite. »

Résumons les points principaux de cette observation, qui nous ont paru être les suivants :

1° *Troubles des fonctions génitales.* L'observation est muette sur la manière dont se comportait la menstruation ; mais on remarquera que pendant la période dans laquelle la malade s'injectait la morphine à haute dose, elle fit plusieurs fausses couches successives ; la possibilité de devenir enceinte était donc conservée, mais non celle d'arriver à terme ; au contraire, lorsque les doses furent réduites à 4 ou 5 centigrammes, une nouvelle grossesse put être menée à bonne fin, et la santé de l'enfant ne parut nullement souffrir de l'état général de la mère.

2° *L'apparition de l'abcès au sixième mois de la grossesse* et celle d'un érysipèle grave après son ouverture, bien que cette petite opération ait été faite avec toutes les précautions antiseptiques. A ce moment, la dose de morphine était toujours à 5 centigrammes au plus. Nous ne savons donc lequel des deux états généraux existant alors chez la malade il faut incriminer ici. Est-ce le morphinisme diminué considérablement, mais entretenu toutefois par les injections quotidiennes ? ou la grossesse, que les recherches de M. Verneuil lui ont fait considérer comme si fertile en complications des plaies ? C'est ce que nous ne pouvons décider. Mais l'insuccès de la méthode antiseptique dans cette circonstance n'est pas moins digne d'être signalé.

3° *La gravité des accidents* qui se manifestèrent du côté des voies digestives immédiatement après la cessation brusque de tout usage de la morphine.

4° *La réapparition de l'érysipèle*, suivie de celle des accidents intestinaux, à la suite d'un léger excès de fatigue.

Notre attention, une fois attirée sur ces divers points, nous avons recherché si les observations antérieures renfermaient quelque fait analogue et puisqu'il est admis que la valeur des choses est en raison directe de leur rareté, on comprendra que

le peu que nous avons trouvé nous ait paru très digne d'être communiqué à nos lecteurs.

Nous étudierons successivement les deux points principaux de l'observation précédente, savoir : les suites de la suppression brusque de la morphine, et la production d'abcès chez les morphiomanes.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

A propos de l'huile de Gabian.

Un pharmacien, M. Gardy, a cru devoir faire un tirage à part d'une partie du travail de M. le docteur René Blache sur l'huile de Gabian. Cet extrait est entouré d'une couverture simulant celle du journal et où le titre du *Bulletin* s'étale en gros caractères. Nous prévenons nos lecteurs que cette publication a été faite à l'insu du Comité de rédaction et de l'administration et sans autorisation.

Le *Bulletin de Thérapeutique*, ayant TOUJOURS tenu à honneur de repousser de ses colonnes toute réclame plus ou moins déguisée, a décidé qu'une action en dommages-intérêts serait intentée à M. Gardy pour avoir abusé du titre du journal.

Nous publions en outre la lettre que M. Blache a adressée à ce propos au secrétaire de la rédaction :

A M. DUJARDIN-BEAUMETZ, secrétaire de la rédaction.

Je n'ai pas besoin de vous dire que je ne suis pour rien dans le tirage à part que M. Gardy a cru devoir faire de ma communication sur l'huile de Gabian à la Société de thérapeutique, publiée au mois de décembre dans le *Bulletin*. Vous n'ignorez pas qu'il n'est ni dans mon caractère ni dans mes habitudes de me faire le complice d'une publicité quelconque.

C'était, comme vous devez bien le penser, dans un but uniquement scientifique que je vous priai d'insérer le résultat de mes recherches sur un médicament nouveau, dans votre estimable journal. Du reste, ainsi que je vous l'ai dit, j'avais déjà déclaré à M. Gardy tout mon mécontentement sur une publicité trop hâtive et je ne pouvais pas penser que, dans le but de vulgariser son produit, il viendrait exploiter un travail purement scientifique paru dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

Un semblable abus pourrait inspirer des soupçons de connivence pour vous comme pour moi, et nous savons tous que le *Bulletin de Thérapeutique* ne se livre pas à de semblables spéculations dans un but de publicité. Aidez-moi donc à faire connaître à vos lecteurs ma protestation, car je tiens à ce qu'il soit bien entendu que je n'ai pas trempé dans cette affaire de réclame.

Dr R. BLACHE.

Paris, 1er février 1879.

Purpura hémorrhagique chronique avec paralysie alterne symptomatique.

A M. DUJARDIN-BEAUMETZ, secrétaire de la rédaction.

Le 20 septembre 1878, je suis appelé à la campagne pour donner mes soins au nommé Albert : cet enfant, âgé de dix ans, a le teint blond et a la peau parsemée de taches de rousseur ; habitué à vivre au milieu des champs, mais astreint de préférence à une nourriture végétale, il paraît déjà fortement constitué pour son âge, quoique son embonpoint précoce ne soit pas de bon aloi ainsi que nous le verrons dans la suite. Tous les membres de sa famille ont toujours joui d'une excellente santé et lui-même n'a jamais été malade.

Depuis trois jours le jeune Albert se plaint de céphalalgie ; je constate de l'inappétence, un état fébrile assez prononcé ; la langue est saburrale ; mais, en l'absence de tous symptômes morbides du côté des organes pectoraux ou abdominaux, je prescris le repos au lit, la diète, des sinapismes aux extrémités et des infusions chaudes.

Le lendemain survient une épistaxis abondante qui persiste pendant toute la journée et une partie de la nuit, s'arrêtant à courts intervalles pour recommencer avec intensité.

Le 22, on me fit appeler : à mon arrivée l'hémorrhagie nasale a cessé ; mais le malade, déjà profondément anémié, paraît exsangue ; il n'y a plus de céphalalgie ; l'état fébrile persiste. Je constate une paralysie de la paupière supérieure de l'œil droit, avec strabisme externe et une hémiplégie gauches. Le malade ne peut relever la paupière supérieure droite complètement abaissée, ni imprimer aucun mouvement au bras et à la jambe gauches. La sensibilité cutanée des membres paralysés est amoindrie, l'intelligence est moins nette qu'avant l'accident et il y a tendance prononcée au sommeil.

Je me trouve en présence d'un état grave dont la cause intime m'est dévoilée par la découverte d'une quantité innombrable de taches ecchymotiques de la grosseur d'une lentille, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt, caractéristiques du purpura, ré-

pandues à la surface de tout le corps et surtout à la partie antérieure de la poitrine.

Les taches de purpura et les épistaxis qui en marquent la nature hémorrhagique indiquent que le sang, profondément atteint dans sa plasticité, exsude à travers tous les tissus. Par induction, je conclus qu'il a dû s'épancher dans le cerveau, et que les accidents paralytiques n'ont pas d'autre cause que la compression exercée par le caillot sanguin qui a son siége dans l'hémisphère droit, aux environs du nerf moteur oculaire commun et du pédoncule cérébral, puisque la paralysie alterne que nous observons a atteint la paupière supérieure droite et les membres du côté gauche.

Basé sur cette indication, mon pronostic est relativement rassurant : j'annonce aux parents que, si je parviens à éviter le retour trop abondant des hémorrhagies, les accidents paralytiques se dissiperont d'eux-mêmes avec le temps, et que nous n'avons pas à nous en préoccuper.

Tous mes efforts tendent donc à refaire aussi rapidement que possible la plasticité du sang au moyen de potions astringentes à le ratanhia, au perchlorure de fer, de la limonade sulfurique et des bouillons.

L'épistaxis étant momentanément arrêtée, j'indiquai aux parents quelques moyens locaux comme le tamponnement antérieur avec des bourdonnets de charpie imbibée de perchlorure de fer, les lotions vinaigrées froides, recommandant de me faire appeler si l'hémorrhagie nasale revenait trop abondante. Pendant quelques jours l'épistaxis se reproduisit encore, mais finit par céder, grâce au traitement local et surtout à la médication interne. Le perchlorure de fer surtout nous a paru avoir plus d'efficacité que le ratanhia.

Un mois après le début de la maladie, le 23 octobre, la vie du jeune Albert n'inspire plus aucune crainte, l'état général est relativement satisfaisant ; il commence à entr'ouvrir la paupière paralysée ; mais la paralysie des membres est encore complète, on est obligé de lever le malade du lit pour le porter sur une chaise et il ne peut se livrer à aucun exercice.

Onze mois après l'accident, en août 1873, grâce au traitement tonique et ferrugineux, la santé générale est complètement rétablie ; le malade commence à marcher péniblement appuyé sur deux cannes, il peut déplacer la jambe paralysée, mais il ne pourrait se soutenir sans appui ; le bras peut exécuter des mouvements, mais si le malade veut saisir un objet, un verre, par exemple, et le porter aux lèvres, le bras est le siége d'un tremblement qui l'en empêche. La paralysie de la paupière supérieure a disparu. Le strabisme persiste et *la peau est parsemée de nombreuses taches de purpura.*

J'insiste pour que le traitement soit continué ; je propose en outre les bains de mer, mais à la suite de quelques difficultés qui me furent opposées, je remplaçai les bains de mer par des affu-

sions froides avec repos au lit après l'affusion. Ce traitement fut suivi pendant quelque temps et produisit d'excellents résultats.

Depuis cette époque le jeune Albert s'est développé chaque année d'une manière étonnante, quoique le traitement n'ait pas été suivi assez longtemps. Aujourd'hui, à seize ans, il a atteint la stature et la corpulence d'un homme fait ; plein de vigueur, il est apte aux travaux les plus pénibles de la campagne ; mais, malgré ces bonnes apparences, la tendance aux hémorrhagies persiste; on trouve sur le corps des taches éparses de purpura, et chaque année, à la même époque, fin d'août ou commencement de septembre, les épistaxis se reproduisent avec une certaine intensité. Cette année-ci, le 5 septembre, l'hémorrhagie nasale a duré douze heures, ce qui a occasionné un état de faiblesse considérable et a décidé les parents à recommencer le traitement.

Du côté des accidents paralytiques la situation est bien meilleure, ce qui éloigne toute idée de corrélation entre eux et l'anémie. Le bras et la jambe ont repris complétement leurs fonctions; c'est à peine si ces parties sont un peu moins fortes que leurs congénères. Parfois les parents constatent quelques petites absences de mémoire qui échapperaient à tout autre observateur ; en somme, l'intelligence ne se ressent pas de l'accident. Quant au strabisme de l'œil, qui persiste, il n'est plus symptomatique de la lésion cérébrale et sera permanent.

Ainsi, après six ans, tandis que la constitution générale laisse à désirer, les accidents hémorrhagiques, sans qu'aucune médication directe leur ait été opposée, ont totalement disparu suivant une marche lente et progressive qui s'explique naturellement par la résorption graduelle du caillot sanguin formé dans le cerveau : ce qui confirme nos prévisions lors de l'accident.

Le jeune Albert se trouvant en somme dans de bonnes conditions hygiéniques, j'espère obtenir la guérison complète du purpura, qui persiste depuis six ans d'une manière permanente; à condition que le traitement soit suivi avec plus de persévérance que par le passé.

Les faits de purpura hémorrhagique chronique sont assez rares pour que j'aie pensé à publier celui-ci, qui m'a paru offrir surtout un grand intérêt à cause de la coïncidence d'un épanchement sanguin dans le cerveau que je n'ai trouvé indiqué dans aucun auteur classique.

Dr F. Cavalie.

Mazamet, le 22 septembre 1878.

BIBLIOGRAPHIE

Traité élémentaire de chirurgie gynécologique, par le docteur A. Leblond, médecin adjoint de Saint-Lazare ; 660 pages et 281 figures. H. Lauwereyns ; Paris, 1878.

Dans les traités les plus récents qui ont paru sur les maladies des femmes, on trouve des descriptions minutieuses de toutes les opérations qui peuvent se pratiquer sur les organes génitaux. Malheureusement, ces descriptions sont souvent trop longues, encombrées de détails inutiles et disséminées dans les différents chapitres de l'ouvrage. Le docteur Leblond a eu l'excellente idée de grouper tous les procédés opératoires et toutes les méthodes applicables aux affections chirurgicales des organes génitaux de la femme, et d'en donner une description aussi complète et aussi nette que possible. Comme rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*, et comme traducteur de la dernière édition du *Traité des maladies des femmes*, de Churchill, l'auteur était préparé à ce genre de travail.

On peut dire que le but qu'il s'était proposé, c'est-à-dire la clarté et la précision des descriptions, a été parfaitement atteint. Un grand nombre de figures, intercalées dans le texte, rendent la lecture plus facile et les descriptions plus précises.

Le mérite d'un ouvrage de cette nature est non seulement de grouper les méthodes opératoires et les procédés qui en dérivent, mais aussi de nous donner les détails exacts des procédés les plus modernes. Le docteur Leblond n'a pas manqué à cette partie de son programme ; aussi trouvons-nous dans son ouvrage plusieurs détails nouveaux et pouvons-nous étudier avec lui les procédés nouvellement proposés à l'étranger et encore peu connus en France. Qu'il suffise de citer comme exemple le procédé du docteur Amabile (de Naples), pour les opérations de fistule vésico-vaginale. Ce procédé consiste à pratiquer l'accolement des bords de la fistule, après avivement préalable par la cautérisation. La description minutieuse de cette opération et des crochets spéciaux qui sont nécessaires pour pratiquer l'affrontement, rend son emploi facile pour tous les chirurgiens.

Enfin, ne manquons pas de signaler la première partie de l'ouvrage, qui est consacrée à l'*exploration des organes génitaux*. Le choix des instruments, les différentes méthodes de toucher et de cathétérisme constituent autant de chapitres utiles à lire pour l'étudiant, comme pour le praticien. La seconde partie est consacrée aux opérations de la petite chirurgie ; enfin, le reste de l'ouvrage, la partie la plus importante, est réservée aux grandes opérations.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 20 et 27 janvier 1879 ; présidence de M. Daubrée.

De l'action de la diastase, de la salive et du suc pancréatique sur l'amidon et le glycogène. — Note de MM. F. Musculus et J. de Mering.

Conclusions. — Il résulte de nos expériences que :

1° La salive et le suc pancréatique fournissent avec l'amidon les mêmes produits de dédoublement que la diastase, à savoir : dextrines réductrices, maltose et glycose ;

2° Le glycogène donne, comme l'amidon, des dextrines réductrices, de la maltose et de la glycose, sous l'influence de la salive et de la diastase ;

3° Les dextrines du glycogène diffèrent de celles de l'amidon en ce qu'elles sont moins hygroscopiques et que leur pouvoir réducteur est moindre. De plus, il se produit, dans la saccharification du glycogène, une dextrine inattaquable par la diastase et la salive, quand le pouvoir réducteur est arrivé à 37, ce qui n'arrive avec l'amidon que quand le pouvoir réducteur est de 50. La diastase agit moins énergiquement sur le glycogène que la salive ;

4° Il n'existe qu'un glycogène, soit que l'animal dont il provient ait été nourri exclusivement avec des hydrates de carbone, soit qu'il ait été nourri avec des substances albuminoïdes ;

5° L'existence de dextrines réductrices et à pouvoir réducteur variable, qui accompagnent la maltose et la glycose démontre la nécessité d'avoir recours à la fermentation pour la détermination du sucre dans les liquides de l'économie, et explique, à notre avis, les divergences qui existent entre les résultats obtenus par les différents expérimentateurs, suivant qu'ils ont employé la méthode de fermentation ou qu'ils se sont contentés de la réduction par la liqueur bleue. L'un de nous (Mering, *Dubois Archiv*, 1877) a, en effet, constaté que le pouvoir réducteur de l'extrait alcoolique du sang de la veine porte, après une nourriture amylacée, augmente de 25 pour 100 quand on le chauffe avec de l'acide sulfurique dilué. Cette augmentation est-elle due à la présence de la maltose, ou d'une dextrine, ou aux deux à la fois ?

C'est ce que nous espérons pouvoir déterminer à l'aide de la fermentation.

Nouvelles observations sur le développement et les métamorphoses des tænias. — Note de M. P. Megnin.

Il y a trente ans à peine que l'on sait que les vers vésiculaires sont des larves de tænias. Le fait a été établi par les belles expériences de MM. van Beneden, de Siebold, Leuckart, Küchenmeister, etc., dans lesquelles ces expérimentateurs, faisant avaler à des carnassiers des vers vésiculaires, ont vu ces vers se transformer en tænias adultes dans les intestins de ces quadrupèdes. De ces expériences ces auteurs ont conclu, non seulement que les vers vésiculaires étaient des formes imparfaites de tænias, et non des espèces déterminées ou des vers égarés, malades ou hydropiques, comme on le croyait avant eux, mais encore qu'il était indispensable que ces vers vésiculaires fussent ingérés par un carnassier, un omnivore, un animal étranger enfin, pour pouvoir arriver à l'état parfait, c'est-à-dire à la forme rubanaire et sexuée.

Cette dernière hypothèse rendait bien compte de l'origine des tænias des carnassiers et de certains des omnivores (des tænias à crochets), mais elle était impuissante à expliquer l'origine des tænias des herbivores (des

tænias inermes). En effet, le cheval, le bœuf, le mouton, le lapin, etc., présentent souvent des tænias adultes, et cependant ils ne dévorent aucun être susceptible d'héberger les scolex de leurs tænias.

Plusieurs autopsies de chevaux et celles de nombreux lapins de garenne m'ont donné, dans ces derniers temps, le mot de l'énigme. Chez ces animaux, leurs vers vésiculaires (un échinocoque pour le cheval et le *cysticercus pisiformis* pour le lapin), quand ils se développent dans des cavités adventives en communication immédiate avec l'intérieur de l'intestin, cavités résultant de l'agrandissement de follicules ou de glandules dans lesquels les embryons hexacanthes se sont introduits, ou même quand ces vers deviennent libres dans la cavité du péritoine (chez le lapin sauvage), ils continuent leurs métamorphoses sur place et arrivent à l'état adulte, c'est-à-dire rubanaire et sexué, sans quitter l'organisme dans lequel ils ont pénétré à l'état d'œuf microscopique (ayant de $0^{mm},030$ à $0^{mm},070$ de diamètre), soit avec l'eau des boissons, soit avec des aliments herbacés ; seulement, dans ce cas, ils donnent un tænia inerme, tandis que, si le même ver vésiculaire est ingurgité par un carnassier ou un omnivore, il devient, dans les intestins de ces derniers, un tænia armé, c'est-à-dire qu'ici il conserve les crochets du scolex dont il provient et que dans le premier cas il les perd.

Certains tænias inermes et certains tænias armés sont donc deux formes adultes et parallèles du même ver, et les différences, souvent très-grandes, qu'ils présentent, comme, par exemple, le *tænia perfoliata* du cheval et le *tænia echinococcus* ou *tænia nana* du chien, qui proviennent du même ver vésiculaire, sont dues exclusivement à la différence des terrains et des habitations dans lesquels se sont accomplies leurs dernières métamorphoses.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 21 et 28 janvier 1879; présidence de M. Richet.

Nécrose très-étendue des os du crâne. — M. Broca communique un fait des plus curieux. Il s'agit d'un jeune pâtre, dont la sensibilité était tellement obtuse et le sommeil si profond, qu'il ne fut pas éveillé par le feu qui avait pris à son chapeau de feutre, à ses cheveux, et qui avait déterminé une eschare osseuse étendue à la plus grande partie du crâne, laquelle se détacha au bout de six semaines, mettant à nu la voûte crânienne et en certains endroits le cerveau lui-même.

Cet enfant, âgé de onze ans, n'a pas cessé de garder ses moutons. Il y a aujourd'hui trois ans que l'accident est arrivé et la cicatrisation de la plaie continue à se faire. M. Broca n'a présenté qu'une partie de la pièce osseuse qui comprenait les deux pariétaux, une portion du frontal et une portion de l'occipital.

Embryogénie. — M. le docteur Cadiat, professeur agrégé de la Faculté, lit un travail dont l'idée principale est que le cœur, par ses lésions, appartient au système veineux.

Ostéomyélite (suite de la discussion, voir p. 34). — M. Alphonse Guérin déclare en commençant que, pas plus que MM. Panas et Gosselin, il ne se croit autorisé à dire que c'est par tel ou tel point de l'os que commence la maladie décrite par M. Lannelongue. Il pense que pour le moment il n'y aurait pas grand avantage à discuter ce côté encore mal connu de la question, très-intéressante, au contraire, au point de vue de la thérapeutique.

Convaincu que le périoste joue un rôle plus important que la moelle dans cette maladie, il ne repousserait pas le nom de « périostite phlegmoneuse ». Comme dans le panaris, on trouve alors du pus non seulement

entre l'os et le périoste, mais dans les gaines musculaires ; il y a d'affreuses douleurs ; le membre est œdématié et infiltré de pus ; et, comme le panaris, la périostite phlegmoneuse peut aboutir à la nécrose de l'os. Cette comparaison a conduit depuis longtemps M. Alphonse Guérin à pratiquer le débridement du périoste, dans le point qui correspond à la plus vive inflammation, dans la périostite phlegmoneuse.

A côté de cette forme grave d'ostéite, il y en a beaucoup d'autres, offrant des degrés divers d'intensité : entre autres, celle que M. Gosselin a nommée « ostéite épiphysaire des adolescents ». Dans celle-ci l'inflammation du tissu spongieux des épiphyses donne lieu à un ramollissement de l'os tel qu'un bistouri bien trempé y pénètre sans difficulté. M. Alphonse Guérin en profite pour pratiquer, à l'aide d'un fort scalpel, le débridement des cellules osseuses inflammées. M. Jules Guérin applique ensuite un pansement ouaté, et de cette manière il a obtenu des guérisons qui lui auraient paru impossibles par une autre méthode.

Le dernier malade de ce genre était un garçon de quinze ou seize ans, entré à l'Hôtel-Dieu, ayant une jambe très-enflée et extrêmement douloureuse. Près du genou on constata de la rougeur et un état œdémateux très considérable. L'articulation était indemne, mais on sentait qu'elle ne tarderait pas à être envahie. Un débridement en arc de cercle, obtenu à l'aide d'un fort scalpel plongé dans l'épiphyse du tibia, donna issue à une cuillerée à café de sang sans mélange de pus. Le pansement ouaté fut appliqué. Cinq semaines après, la plaie, qui n'avait pas suppuré, fut retrouvée fermée ; l'os avait repris ses dimensions normales.

M. Guérin a appliqué cette même méthode de traitement à ces ostéites strumeuses de l'apophyse mastoïde qui occasionnent des écoulements de pus par l'oreille, presque intarissables autrement. Il plonge hardiment le scalpel à une profondeur de 1 à 2 centimètres, dans le point qui lui semble le moins résistant. Souvent le soulagement de la douleur est instantané et définitif. Qu'il se soit écoulé par la plaie du pus ou seulement du sang, l'écoulement du pus par l'oreille ne tarde pas à se tarir. C'est là une opération bénigne, peu douloureuse et très-efficace.

Sur le cœur considéré comme une annexe du système veineux. — M. Cadiat lit un travail qu'il résume ainsi :

L'embryogénie montrant que le cœur est d'abord un renflement des veines omphalo-mésentériques auxquelles s'ajoute le bulbe aortique, l'anatomie comparée, la physiologie des mouvements de cet organe chez l'embryon, la structure de l'endocarde, la disposition des vaisseaux nourriciers par rapport à cette membrane, les valvules, tout s'accorde à faire du cœur une dépendance du système veineux. Restait une dernière consécration à cette théorie ; elle est fournie par la pathologie ; le cœur est veineux par ses lésions, et c'est en effet la loi fondamentale de l'anatomie générale qu'aux mêmes tissus se rapportent des lésions identiques.

Anévrysme de l'aorte traité et guéri par l'électropuncture. — M. Bucquoy, médecin de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de médecine, présente une malade atteinte d'un anévrysme de l'aorte ascendante, traitée avec succès par la méthode électrolytique. Cette malade, âgée de trente-neuf ans, blanchisseuse, entra pour la première fois dans le service de M. Bucquoy le 29 mai 1876, présentant les signes non douteux d'un anévrysme de l'aorte à son début : douleur vive à la pression au niveau du deuxième espace intercostal, matité dans une étendue de 5 à 6 centimètres transversalement et double battement aortique ; pas de souffle proprement dit; elle se plaignait surtout de crises très-douloureuses avec sentiment de déchirure. Sortie après quelques jours de repos, elle reprit son travail; mais vers le milieu de l'année dernière, la malade étant reprise de crises douloureuses et éprouvant une dyspnée habituelle, il apparut tout à coup à la surface du thorax une tumeur qui, en moins de trois semaines, arriva au volume d'une grosse noix.

Rentrée à l'hôpital le 3 juin 1878, très amaigrie, elle portait alors une tumeur dont les diamètres mesuraient 11 à 12 centimètres de longueur sur 8 de hauteur et qui était le siége de douleurs très-vives. Cette tu-

meur occupait les deuxième, troisième et quatrième espaces intercostaux et présentait un double bruit de souffle à l'auscultation.

Aucune complication importante d'ailleurs du côté du cou et de l'aorte.

L'électrolyse fut pratiquée la première fois le 12 juin, suivant la méthode de Dujardin-Beaumetz. Deux aiguilles furent enfoncées à une profondeur de 2 centimètres et demi et mises en contact exclusivement avec le pôle positif de la pile. La douleur durant l'opération fut extrêmement vive, mais elle s'apaisa vers le commencement de la nuit et le sommeil fut calme et paisible.

L'amélioration s'accentua de plus en plus les jours suivants, la douleur disparut, la tumeur diminua de volume, et quatre autres applications, faites à quinze jours d'intervalle pendant les mois de juin, juillet et août, eurent pour résultat de réduire de plus de moitié le volume de la tumeur. La malade, très soulagée, sortit de l'hôpital le 23 août. Elle y rentra deux mois plus tard, n'ayant pas encore perdu le bénéfice du premier traitement, car dans la moitié inférieure la tumeur restait incomplètement affaissée. On recommença l'électrolyse les 31 octobre, 16 novembre, 11 décembre et 4 janvier.

Aujourd'hui l'état général de la malade est aussi satisfaisant que possible; la tumeur, extrêmement réduite, ne présente plus qu'une portion saillante du volume d'une grosse noisette, qui conserve les caractères de la poche anévrysmale, c'est-à-dire de l'impulsion, des battements et un léger souffle au premier temps. Il faut remarquer que, depuis la dernière séance d'électrolyse, cette partie de la tumeur semble plus résistante, ce qui permet d'espérer des résultats encore plus complets, peut-être même une guérison complète.

M. Bucquoy rappelle que ce serait alors le premier cas de guérison complète obtenue par l'électrolyse, mais que, dans les faits déjà assez nombreux rapportés dans les statistiques étrangères, presque toujours, même lorsque l'opération a été pratiquée dans des conditions défavorables, un amendement très marqué dans les symptômes en est résulté presque immédiatement.

Septicémie (voir p. 83). — M. Perrin répond à M. Collin que, s'il l'a bien compris, cet éminent physiologiste oppose d'abord à la théorie de la septicémie causée par les germes atmosphériques la grande innocuité des plaies qu'il produit artificiellement chez les animaux et qu'il laisse pleinement exposées au contact de l'air.

Les germes de la septicémie, étant partout répandus dans l'air, suivant M. Pasteur, devraient agir sur les plaies produites chez les animaux comme sur les plaies des hommes qu'on opère dans les services de chirurgie. C'est là en effet l'argument capital de M. Collin : « Les germes existant partout, d'où proviennent les différences entre les suites de telle ou telle opération que l'on pratique chez tel ou tel individu, dans telle ou telle circonstance? tous devraient être également exposés à la putridité, à la septicémie. » A cet argument, M. Perrin répond qu'il lui semble facile de comprendre les différences, tout en admettant pleinement les idées de M. Pasteur. En effet, le germe n'est pas tout ; il faut encore considérer le terrain qui le reçoit. Il ne germera pas, si ce terrain ne lui convient pas. Or, dans une opération simple, où serait le terrain convenable pour le genre septicémique ? Quel serait le liquide putrescible ? La lymphe plastique ? Mais elle est vivante ; elle est prête à s'organiser, et dans sa force d'organisation elle trouve un élément puissant de résistance contre toute cause de putridité. Le sang épanché ? Mais, quand un chirurgien a terminé une opération simple, il ne reste plus de sang à la surface des plaies. Le pus sécrété ? Mais ce pus s'écoule et se renouvelle sans cesse. Le liquide stagnant et putrescible fait donc défaut ; c'est pourquoi les plaies simples, les opérations ordinaires sont si rarement suivies d'accidents septiques. Au contraire, lorsque la plaie est anfractueuse, lorsqu'elle présente des clapiers où peut séjourner le pus au contact de l'air, alors déjà le danger commence. Ce danger est encore plus grand, lorsqu'il s'agit de plaies du système vasculaire ou du système osseux, en contact avec l'atmosphère. Alors le sang, la lym-

phe, etc., recevant directement les germes putrides, leur sont un milieu très favorable, et c'est pourquoi la septicémie est si fréquente en cas pareil.

Il n'y a pas de meilleure preuve pour l'influence des germes aériens que la comparaison de ce que l'on observe selon qu'une telle plaie est ouverte ou reste fermée.

Dans une fracture compliquée, dans une luxation qui a meurtri et déchiré les tissus profonds, alors que la peau reste intacte, tout se passe simplement ; mais quel danger immense, quand la peau déchirée livre passage aux germes ! De même, pour l'enlèvement d'un simple bouton hémorrhoïdal, les chirurgiens n'ont pas oublié combien souvent cette opération était suivie d'infection purulente, alors qu'elle était pratiquée avec le bistouri qui ouvrait les vaisceaux, tandis qu'il n'en est point ainsi avec l'écraseur qui les ferme.

M. Collin a rappelé les nombreuses voies d'introduction des germes aériens en dehors de toute plaie. Ce qu'il a dit, au sujet des muqueuses digestives et pulmonaires, est parfaitement exact ; il est certain que des corpuscules solides, tels que ces germes, plus gros même que ces germes, peuvent s'introduire par la muqueuse des poumons dans les lymphatiques, et de là jusqu'aux ganglions qui les reçoivent et où on les retrouve. Mais en quoi ces notions très justes de physiologie peuvent-elles éclairer la question des septicémies chirurgicales ? Ce ne sont pas des raisonnements qu'il faudrait, mais des expériences. M. Collin aurait dû montrer qu'en broyant des tissus profonds, os et chairs, sans entamer la peau, il peut ainsi produire de véritables septicémies, dont les germes seraient venus extérieurement, d'ailleurs que de la plaie.

M. Perrin sait bien que, dans des expériences rappelées par M. Panas et qui ont été faites en Allemagne, on a prétendu avoir produit des ostéomyélites putrides, en introduisant des matières putrides par les voies digestives, et que, de son côté, M. Chauveau aurait déduit des conclusions semblables de ses expériences personnelles sur les résultats du bistournage. Il y aurait donc certains cas de septicémie chirurgicale qui pourraient naître sous l'influence de l'infection du sang. Cela paraît assez spécieux, mais M. Perrin préfère n'y pas croire.

Contre ce genre de septicémie, le chirurgien ne serait point armé, comme contre celle qui prend son origine à la surface des plaies ouvertes. Celle-là est bien, dans ces cas, la plus fréquente, la plus à craindre. C'est elle qui rend si grave un abcès qu'on ouvre, tandis que ce même abcès froid, ce même abcès par congestion, tant que son foyer ce pouvait pas recevoir de germes atmosphériques, n'avait aucun retentissement, ou à peu près, sur l'état général.

Depuis qu'on panse autrement les plaies, depuis qu'on se prémunit surtout contre les germes extérieurs, les accidents de putridité et de septicémie ne sont-ils pas devenus plus rares ? Tous les chirurgiens en conviendront. La théorie de M. Pasteur est donc encore la plus satisfaisante, la plus féconde en résultats pratiques.

Ces réflexions s'appliquent à la septicémie chirurgicale proprement dite, à celle que M. Perrin propose de nommer *septicémie externe*. Cette espèce de septicémie n'est pas la seule. Il est incontestable qu'en l'absence de toute plaie, il peut se produire dans l'économie des accidents putrides et septiques. On a trouvé des bactéries dans le pus d'abcès profonds. M. Gosselin d'abord, puis la plupart des chirurgiens ont constaté ce fait, qui est commun surtout après les fièvres graves, fièvres typhoïdes, varioles, etc. Surtout aux environs du tube intestinal, on rencontre souvent des liquides infects et putréfiés ; c'est ce qui est arrivé l'année dernière à M. Maurice Perrin, ouvrant un kyste hydatique du foie. Dans d'autres régions également, il peut se produire des abcès gangreneux ou putrides. De même on a vu survenir des infections purulentes réelles en l'absence de toutes plaies, des phlébites purulentes spontanées, et bien d'autres accidents de même nature.

Par conséquent, il est incontestable que nous avons en nous de quoi faire de la putridité et de la purulence sans qu'aucune lésion de la peau soit venue donner accès aux germes extérieurs.

C'est indubitable. Mais ce sont là des faits très-complexes et bien mal connus.

M. Maurice Perrin propose de les réunir sous le nom de *septicémie interne*, les isolant ainsi du groupe précédent. Peut-être sont-ils, en effet, de nature différente. Dans tous les cas, il ne faut pas compromettre les notions très-nettes, que nous possédons sur la septicémie externe, par nos ignorances sur ce qui a trait à la septicémie interne. Nous nous sommes fait une idée claire de celle-là ; ce fut pour nous l'œuvre de la veille. Nous ne connaissons pas celle-ci : ce sera peut-être l'œuvre de demain.

Elections. — M. Levieux est nommé membre correspondant national.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 15, 21 et 29 janvier 1879 ; présidence de M. Tarnier.

Blessure du nerf médian. — M. Farabeuf fait un rapport sur un cas de blessure incomplète du nerf médian, par M. Richelot.

En 1875, M. Richelot a fait une étude anatomique complète des nerfs des doigts. Il établit que les nerfs collatéraux dorsaux des doigts, indicateur, médius et annulaire, viennent exclusivement des collatéraux palmaires, et ne sont pas fournis par les nerfs du dos de la main.

Sur l'index, le médius et l'annulaire, le collatéral palmaire fournit, à la partie supérieure de la première phalange, un rameau qui longe de chaque côté la face dorsale du doigt jusqu'à son extrémité. Rien de semblable pour le pouce et le petit doigt.

Les nerfs du dos de la main, radial et cubital, fournissent deux collatéraux dorsaux au pouce et deux à l'auriculaire ; mais, arrivés à la racine de l'index, du médius et de l'annulaire, ils s'épanouissent en ramuscules grêles, sans atteindre la seconde phalange.

Deux observations de M. Richelot confirment ces données anatomiques. Dans le premier cas, section du nerf médian ; anesthésie complète dans le centre du domaine du nerf; l'anesthésie décroît du centre à la périphérie, et tend à disparaître peu à peu. Les nerfs voisins suppléent à la sensibilité disparue.

Des fractures provoquées du col du fémur. — M. Marc Sée fut appelé en octobre dernier près d'un malade retiré de la gouttière de Bonnet, où il avait séjourné plusieurs mois pour une arthrite coxo-fémorale. Raideur absolue dans la jointure, la cuisse étant un peu fléchie sur le bassin. Les bains, les frictions, le massage, n'amenèrent aucune amélioration.

Le 6 novembre, le malade fut endormi ; M. Sée exagéra la flexion de la cuisse, pour rompre les adhérences ; on entendit un bruit sec, éclatant, au niveau de l'articulation. On crut à une fracture du col du fémur. Cependant la flexion avait été faite sans brutalité. Pareille chose était arrivée à M. Tillaux. M. Sée imprima à la cuisse divers mouvements, sans reproduire les craquements ; le malade se réveilla ; on ne mit point d'appareil ; il n'y avait pas de fracture. Les deux membres avaient la même longueur, et le malade aurait pu marcher au bout de quinze jours, si on le lui avait demandé.

M. Verneuil a cassé trois fois le col du fémur ; une première fois dans un cas de coxalgie strumeuse avec attitude vicieuse ; la tête resta dans la fosse iliaque; le malade marche assez bien. Une autre fois, chez un adulte qui guérit avec 2 centimètres de raccourcissement.

Dans d'autres cas, où il ne s'agissait que de brides, avec attitude vicieuse, M. Verneuil a entendu un craquement bruyant, comme dans la fracture, et le membre a repris une bonne position.

En ce moment, il y a dans le service de M. Verneuil un malade atteint de coxalgie blennorrhagique ; raideur articulaire. Les mouvements artificiels prématurés, qui sont cependant recommandés, sont funestes, quand la jointure est encore malade, enflammée.

M. Le Dentu a vérifié la grande ressemblance qui existe entre le bruit produit par la rupture d'une fausse ankylose et le bruit de la fracture. Voulant redresser la cuisse d'un enfant atteint de coxalgie, il produisit un craquement bruyant ; mais il constata qu'il n'y avait pas de fracture.

Chez un autre malade, M. Le Dentu brisa l'humérus. Cet os, atteint d'ostéite de l'extrémité supérieure, était très-rapproché du tronc. Le malade était en voie de guérison, il s'agissait de rompre les adhérences articulaires. On entendit un bruit caractéristique de fracture ; l'os était rompu, comme le prouva la crépitation. Le malade guérit sans accident et put se servir de son bras.

M. Tillaux pense que le bruit déterminé par une fracture est bien différent du bruit dû à la rupture des adhérences articulaires. Quand il n'y a plus d'inflammation dans une jointure, il faut endormir le malade et chercher à rompre les adhérences.

M. Verneuil lira dans une prochaine séance quelques propositions sur les mouvements à imprimer aux articulations malades.

M. Marc Sée. Il est bien difficile de rompre un col de fémur sain ; cela est facile, au contraire, si l'os est malade.

M. Tillaux. Sur le cadavre, il est très difficile de casser le col du fémur ; pour casser l'os, il faut que la tête fémorale soit fixée par des adhérences, ce qui n'a pas lieu sur le cadavre.

Luxation sous-coracoïdienne. — M. Després présente la malade dont il a fracturé le col chirurgical de l'humérus pour une luxation sous-coracoïdienne. Il s'est formé un cal, malgré les efforts dirigés dans le but d'obtenir une pseudarthrose. La tête de l'humérus s'est soudée dans une position analogue à la tête du fémur sur les trochanters. Le résultat a été très heureux ; la malade peut rapprocher le coude du tronc et mettre la main sur sa tête. On obtiendra sans doute un résultat encore meilleur en continuant l'électricité.

M. Verneuil. M. Després a cherché à obtenir une pseudarthrose en imprimant des mouvements au fragment inférieur de l'humérus ; c'est une idée reçue et qui, cependant, ne repose sur absolument rien, que la mobilité des fragments est une cause prédisposant à la pseudarthrose. Je ne crois pas qu'il soit possible d'empêcher de se réunir deux fragments qui ont envie de se souder.

Il serait regrettable qu'un autre chirurgien essayât d'imiter la conduite de M. Després. Je crois que si l'on avait laissé ce bras tout à fait tranquille, cette femme aurait autant de mouvements qu'elle en a maintenant après la fracture.

M. M. Sée. L'humérus brisé s'est consolidé par un cal osseux ; qu'est-ce que la malade a pu y gagner ? Les mouvements devraient être aussi limités, la tête se meut dans la cavité glénoïde, cela ne peut dépendre de la forme de l'os.

Il y a donc eu rupture des adhérences fibreuses.

M. Tillaux croit, comme M. Verneuil, que le résultat chez la malade de M. Després aurait été aussi bon sans fracture.

M. Després. Un malade qui a une luxation non réduite n'est pas estropié, mais je ne crois pas qu'au bout de trois mois il puisse avoir un résultat comme celui que je viens de montrer chez cette femme.

M. Le Dentu. Pour expliquer la mobilité chez cette malade, on peut supposer que les adhérences ont été rompues pendant les efforts faits pour produire les fractures.

Il est très difficile d'empêcher la formation d'un cal dans les fractures de l'humérus. Chez un malade que j'ai présenté à la Société de chirurgie, j'ai cherché à empêcher une consolidation vicieuse et à provoquer une pseudarthrose : le cal s'est fait quand même. J'ai rencontré un autre cas du même genre à l'hôpital Saint-Antoine. A l'hôpital Saint-Louis, je viens

de voir une femme qui avait eu, il y a deux mois, une fracture de l'humérus, dont le diagnostic n'avait pas été fait. Il y avait une fracture compliquée d'une luxation sous-coracoïdienne incomplète. Chez cette femme, âgée de cinquante à soixante ans, il a suffi de quinze jours d'immobilité imparfaite pour obtenir un cal.

Hernie crurale étranglée, opérée le cinquième jour. Guérison. — M. Th. ANGER. La malade avait les symptômes d'un étranglement, mais le ventre n'était pas ballonné et il y avait des selles diarrhéiques; cependant, l'altération des traits et la présence d'une tumeur de l'aine décidèrent M. Lemay à faire la kélotomie. Il y eut, cinq jours après, un abcès à odeur stercorale. La malade a guéri. Il y avait eu un pincement latéral de l'intestin.

M. DUPLAY. Les cas de pincements latéraux de l'intestin sont assez rares; le fait de M. Lemay est très intéressant à ce point de vue. Je n'ai rencontré qu'un fait de ce genre. Il y avait chez une femme d'une soixantaine d'années une certaine bénignité des symptômes qui avait fait commettre une erreur de diagnostic. A la visite je diagnostiquai une hernie étranglée. La tumeur, peu douloureuse, était cependant douloureuse en un point qui correspondait nettement à l'anneau crural. Je fis l'opération et, au fond de la plaie, je vis une tumeur intestinale à peine grosse comme une cerise.

M. GILLETTE. J'ai été appelé à l'hôpital Saint-Louis pour une femme chez laquelle il y avait des symptômes généraux d'étranglement très prononcés, mais avec peu de symptômes locaux. J'ai fait la kélotomie séance tenante; je trouvai une anse intestinale noire, mais sans gangrène, malgré la durée de l'étranglement datant de sept jours. La malade a guéri.

M. DESPRÉS. Je n'ai pas vu de pincement latéral de l'intestin depuis 1861, époque à laquelle j'étais interne de Velpeau. Je crois que ces pincements de l'intestin sont très rares.

M. Th. ANGER. Je crois que l'on n'a pas assez insisté sur la différence qui existe entre les symptômes, selon qu'il y a étranglement d'une anse intestinale complète ou seulement un pincement latéral de l'intestin.

De la greffe chirurgicale dans ses applications à l'appareil dentaire. — M. MAGITOT. La greffe dentaire se divise en trois groupes : 1° greffe par restitution de la dent malade; 2° greffe par transplantation; 3° greffe hétérotopique.

M. Magitot ne parle aujourd'hui que des greffes de la première catégorie : greffes par restitution de la dent après résection de la partie malade. Le premier fait de ce genre remonte à Hunter; depuis, cette opération a été pratiquée un certain nombre de fois. M. Magitot en a 63 cas à lui seul.

L'indication chirurgicale de la greffe combinée à la résection réside dans une sorte de modification partielle de la racine dont le diagnostic est assez facile. Le but est la suppression du sommet radiculaire mortifié qui joue le rôle d'une épine inflammatoire. La résection du sommet de la racine dentaire a pu être faite directement sans ablation de la dent, mais elle est le plus souvent impossible.

La réunion est effectuée au bout de quelques heures; s'il existe une fistule, on doit en maintenir le trajet béant dans les premiers jours qui suivent la greffe; dans les cas où il n'y a pas de fistule, il est parfois indiqué de pénétrer dans la cavité alvéolaire et d'installer un séton.

La greffe proprement dite ne présente pas de difficulté sérieuse; les suites de l'opération sont très-simples. La guérison complète, même lorsqu'il y a des fistules, ne demande que dix à douze jours.

Le succès de la greffe par restitution est dû à la conservation d'une quantité suffisante du périoste.

Sur 63 opérations, il y a eu 58 guérisons. Les 50 premières observations donnent 45 guérisons et 5 éliminations.

Le temps minimum après lequel les opérés ont été revus est de quatre mois.

M. Th. Anger. J'ai vu ce matin un enfant de cinq ans qui portait sur la partie inférieure du maxillaire un abcès sans carie dentaire. C'était une dent de la première dentition.

M. Magitot. Je crois qu'à cet âge il faudrait se borner à une extraction pure et simple.

Cancer du sein chez l'homme. — M. Th. Anger présente un homme atteint de cancer du sein droit. Cet homme présente, en outre, une tumeur de la clavicule. Il y a quinze ans, ce malade a eu la syphilis. M. Anger pense à une périostite gommeuse de la clavicule droite.

Vessie à colonnes. — M. Tillaux présente une pièce recueillie sur un malade entré à l'hôpital Beaujon pour une rétention d'urine et mort peu de jours après.

En examinant la vessie, on trouve à 1 centimètre en arrière du trigone un orifice dans lequel on peut introduire le doigt ; cet orifice conduit dans une poche ayant les dimensions d'un marron. Cette poche est en rapport en arrière avec la vésicule séminale droite et le canal déférent droit. Il n'y a pas de péritoine à ce niveau. Dans cette poche se trouvaient sept calculs. On s'explique ainsi qu'un calcul, constaté une fois, ne puisse être retrouvé dans les explorations ultérieures. On voit encore dans cette vessie des colonnes charnues qui limitent des dépressions, des cellules, ce qui explique la formation des poches.

M. Perrin. Ces vessies se rencontrent souvent dans les hôpitaux destinés aux vieillards ; elles sont déterminées par des cystites. La muqueuse vésicale n'est pas intacte dans le fond des loges. M. Perrin n'avait jamais rencontré de calculs dans ces loges.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 24 janvier 1879 ; présidence de M. Hervieux.

Maladies régnantes. — M. Ernest Besnier lit un rapport trimestriel sur les maladies régnantes.

Il signale, à propos de la variole, l'apparition de quelques foyers qui se sont éteints grâce à l'isolement. Il note aussi l'apparition d'une épidémie de varicelle.

M. Dujardin-Beaumetz, qui a eu a traiter plusieurs nourrissons atteints de varicelle dans son service de crèche de l'hôpital Saint-Antoine, insiste sur les erreurs de diagnostic auxquelles peut donner lieu cette coïncidence des deux épidémies de variole et de varicelle. Pour bien reconnaître la maladie il faut, suivant M. Beaumetz, bien se rappeler que la varicelle se caractérise par des poussées successives avec des bulles et des pustules ombiliquées. Enfin, selon la remarque de M. Dumontpallier, la varicelle n'est jamais inoculable, et ne peut être conjurée ou atténuée par la vaccine.

Hémiplégie saturnine guérie par l'application des aimants. — M. Debove, remplaçant à l'Hôtel-Dieu M. Oulmont, a eu l'occasion d'y observer un cas d'hémiplégie saturnine. Cette variété est très rare ; MM. Vulpian et Raymond, dans la *Clinique de la Charité*, n'en rapportent que cinq ou six observations authentiques.

Le malade dont M. Debove rapporte l'observation est entré, au mois d'août, à l'Hôtel-Dieu, avec des accidents graves d'encéphalopathie saturnine. Ces accidents ont disparu, mais il est resté une hémiplégie du côté gauche, qui, depuis trois mois, était demeurée stationnaire. Les sens spéciaux, le goût, l'ouïe, l'odorat et la vue, du même côté, étaient altérés, altérations qui ont été d'ailleurs constatées par MM. Gellé pour l'ouïe, et par M. Landolt pour la vue.

Cette hémianesthésie présentant de grandes ressemblances avec celle des hystériques et avec l'hémianesthésie d'origine cérébrale, dans lesquelles M. Charcot a fait connaître les bons effets de l'application des aimants, M. Debove a eu l'idée de recourir à cette application chez son malade. Peu de temps après, l'hémianesthésie avait presque complètement disparu, et il n'y avait plus qu'une partie très limitée de la face qui fût restée insensible. M. Debove fait observer qu'il n'est pas possible d'admettre que, dans ce cas, il y ait eu simulation de la maladie, attendu que le malade se laissait chatouiller l'arrière-gorge, passer des plumes sur la cornée, sans donner le moindre signe de douleur, ni même de gêne. En outre, le malade ignorait complètement ce qu'on voulait lui faire.

M. Proust a, dans son service, un malade également atteint d'hémiplégie saturnine, chez lequel il arrive à faire disparaître aussi l'hémianesthésie par l'application des aimants, mais seulement pour vingt-quatre heures : après ce temps, elle apparaît de nouveau.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Debove s'il s'agissait, dans ce cas, bien réellement d'une paralysie saturnine, et non d'une névropathie, se rapprochant plus ou moins de l'hystérie, chez un homme travaillant dans le plomb. On sait, en effet, que les paralysies saturnines sont généralement très rebelles. M. Dujardin-Beaumetz rappelle en outre que M. Carpenter (de Londres) a fait de nombreuses expériences relatives à la simulation, par les hystériques, non pas de la maladie, mais du traitement. Or, le malade de M. Debove semble se rapprocher des hystériques par plusieurs côtés.

M. Debove donne quelques détails sur les caractères que présentait cette hémiplégie et sur les antécédents, qui ne permettent pas de douter qu'elle fût d'origine saturnine. Il ajoute, relativement à la simulation, certains faits qui la rendent absolument inadmissible.

M. Dujardin-Beaumetz rapproche de ce fait celui d'une jeune fille, sans antécédents hystériques, et qui est devenue subitement aveugle. Il la conduisit chez M. Abadie, qui, par l'application de plaques d'or, lui rendit la vue. Cette jeune fille avait aussi de l'insensibilité de la face qui disparut également sous l'influence de cette application.

Quoi qu'il en soit, M. Beaumetz soutient que, d'une façon générale, l'hystérie est un terrain déplorable, au point de vue de l'expérimentation thérapeutique.

M. Dumontpallier demande à M. Dujardin-Beaumetz si M. Abadie a examiné, chez cette jeune fille, la perception des couleurs, et s'est assuré de l'ordre dans lequel elle a successivement recouvré cette perception. Ce fait seul lui aurait permis d'affirmer s'il y avait ou non simulation de la part de cette jeune fille. Relativement à l'application des aimants, des plaques métalliques, des courants électriques, il fait observer qu'on oublie peut-être un peu trop M. Burq, dans l'étude de cette importante question de la métallothérapie. Il rappelle, à ce sujet, la discussion qui a eu lieu à la Société de biologie, et revient sur plusieurs des points de cette discussion, dont nous avons donné des comptes rendus dans la *Gazette*.

M. Laboulbène demande à M. Dumontpallier ce qu'il pense de l'administration des métaux à l'intérieur, chez les hystériques.

M. Dumontpallier rappelle que M. Burq avait tout d'abord formulé cette loi, que toute hystérique sensible à l'application locale de tel ou tel métal pouvait être guérie par l'administration de ce même métal à l'intérieur. La commission chargée par la Société de biologie d'étudier la question de métallothérapie a à peu près confirmé cette affirmation de M. Burq, en disant, après s'être appuyée sur de nombreuses expériences, que l'administration aux hystériques des métaux auxquels elles sont sensibles localement, *modifie* les manifestations qu'elles présentaient, et les met souvent en état de guérison apparente.

M. Debove cite l'exemple d'une jeune fille hystérique à laquelle, sur le conseil de M. Charcot, il a fait prendre de l'or à l'intérieur, et qui n'a éprouvé aucune espèce de modifications.

Elections. — M. Vergely est nommé membre correspondant.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 22 janvier 1879; présidence de M. Féréol.

Du traitement de l'albuminurie par les inhalations d'oxygène. — M. Constantin Paul, rappelant la communication de M. Dujardin-Beaumetz sur le traitement de l'albuminurie par l'inhalation de l'oxygène, et les réflexions que lui a suggérées cette communication, dit qu'on peut voir l'albumine disparaître complètement dans la néphrite catarrhale sous l'action de cette médication : l'albumine disparaît dans les vingt-quatre heures; si, au lieu de disparaître, l'albumine ne fait que diminuer, on a beau multiplier les inhalations, en les portant même jusqu'à la dose considérable de 150 litres par jour, on n'obtient rien de plus que ce qu'on avait obtenu dès le début, c'est-à-dire dès le premier jour. Mais, en supposant même qu'on ait obtenu la disparition de l'albumine, il ne faut pas se dissimuler que cette disparition n'est que passagère : l'albumine reparaît un jour ou l'autre; on ne peut donc pas pronostiquer une guérison complète. Tel est un point sur lequel M. Constantin Paul a insisté, lors de l'observation publiée par lui, il y a une douzaine d'années, dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

Du liniment de Rosen. — M. Vigier fait une communication sur la préparation du liniment de Rosen, employé avec succès dans la chorée des enfants; la formule du liniment de Rosen, selon le Codex, est la suivante :

Alcoolature de genièvre....		90 grammes.
Essence de girofle.........	} aã	5 —
Huile de muscade.........		

M. Vigier propose d'ajouter 1 gramme d'huile de ricin à la formule précédente : on obtient ainsi un excellent liniment.

Du traitement du tænia. — M. Créquy a obtenu de bons effets de l'association du calomel à la fougère mâle dans des cas de tænia. Chez un sujet de quarante ans atteint du tænia, un médecin prescrivit de l'extrait de fougère mâle ; le malade rendit des fragments assez considérables ; mais la tête n'avait pas été éliminée. M. Créquy ordonna alors du calomel associé à l'extrait de fougère mâle ; le malade rendit alors ce qui restait du tænia avec la tête elle-même.

M. Blondeau demande si, dès le début, alors qu'on avait administré l'extrait de fougère mâle seul, on avait eu soin de prescrire ensuite un purgatif.

M. Créquy répond qu'il l'ignore.

M. Constantin Paul a eu, depuis la guerre principalement, de nombreuses occasions de traiter des malades atteints de tænia. Dernièrement, dans son service à l'hôpital de Lariboisière, il a administré à une malade 60 grammes de graine de courge en émulsion; il s'agissait d'un tænia inerme qui a été rendu dans la première garde-robe. La malade avait rendu de simples cucurbitains, et non de grands fragments, comme quand il s'agit du tænia armé. L'examen microscopique confirma le diagnostic. Presque en même temps, M. Constantin Paul relevait deux insuccès à la suite du même traitement.

M. Féréol répond qu'en effet les ténicides ont une grande irrégularité d'action. Il a eu à traiter une malade phthisique atteinte du tænia. Il a ordonné, sans aucun succès, de la teinture de kamala ; tandis qu'avec la graine de courge, administrée quelques jours après, le succès a été complet.

M. Constantin Paul a reçu du mussena en écorce; il a voulu s'assurer de l'action de cette substance. Il l'a essayée sur des malades à la dose de 60 grammes, sur d'autres de 120 grammes; il a varié les modes

d'administration, mais toujours sans succès. Il ajoute que d'ailleurs cette médication n'est ni sérieuse ni pratique.

M. BLONDEAU cite un fait personnel. Atteint de tænia, il a pris de la graine de courge ; il n'a rendu que des cucurbitains, mais non la tête ; il y a deux ans de cela, et depuis cette époque, il n'en a jamais été incommodé.

M. FÉRÉOL cite un fait semblable ; une malade, à la suite d'un traitement, rend des fragments de tænia, mais non la tête : depuis deux mois, elle ne présente plus aucun symptôme de cette affection ; on voit en effet assez souvent des malades ne plus être incommodés, alors même que la tête n'a pas été rendue.

M. LIMOUSIN. La teinture de kamala échoue presque toujours complètement ; les résultats sont un peu meilleurs, lorsqu'on emploie la poudre : c'est donc cette dernière qu'on devrait employer de préférence ; mais il ne faut pas se faire d'illusion, ce mode de traitement est très infidèle, il donne presque toujours des résultats négatifs.

M. VIGIER a vu ce médicament donner de meilleurs résultats : dans six cas, avec la dose de 5 grammes de kamala, il a eu six succès ; cette année cependant il a constaté un insuccès. La dose de 5 grammes est facile à faire prendre.

M. LIMOUSIN. Le cousso agit moins sûrement qu'autrefois. Est-ce parce qu'il s'agit du tænia inerme ? Aujourd'hui, ce tænia est en effet de beaucoup le plus fréquent ; autrefois au contraire on avait affaire, dans la majorité des cas, au tænia armé.

M. CRÉQUY fait remarquer que lorsqu'un individu n'a pas rendu la tête de son tænia, s'il se passe six mois sans qu'on constate des cucurbitains dans les matières, c'est qu'il est guéri.

M. DUCHENNE a vu un grand nombre de tænias chez des agents de la préfecture de police ; dans quinze cas, le remède de Nouffer a donné des résultats favorables : la formule de Mme Nouffer est la suivante :

Calomélas..............................	0,5
Résine de scammonée...	0,5
Gomme-gutte...........................	0,5
Confection d'hyacinthe................	q. s.

En trois bols, à un quart d'heure de distance entre chacun.

De l'action purgative de l'huile de ricin. — M. CONSTANTIN PAUL a fait des expériences sur la quantité nécessaire d'huile de ricin pour obtenir des effets purgatifs : les doses varient entre 4 grammes et 30 grammes ; et cependant, d'autre part, quelques graines de ricin peuvent occasionner des accidents cholériformes. Les graines doivent donc renfermer un agent plus purgatif que celui qui est contenu dans l'huile, et surtout plus irritant, ainsi qu'il a pu s'en assurer sur divers malades.

M. VIGIER. C'est l'écorce de la graine qui contient le principe drastique ; ainsi, 50 centigrammes de ce tégument purgent très-violemment ; il ajoute que ce principe n'a pas été isolé.

M. LIMOUSIN a vu un empoisonnement de tout un troupeau de porcs qui avaient mangé du tourteau de ricin, privé du principe drastique du tégument.

M. E. LABBÉ. L'huile de ricin est un peu délaissée depuis l'introduction de l'eau d'Hunyadi-Janos, et cependant dans certaines affections, dans l'embarras gastrique par exemple, l'huile de ricin est de beaucoup préférable aux eaux salines, quelle que soit leur origine. M. Limousin demande quel est le principe actif contenu dans l'huile de ricin.

M. CONSTANTIN PAUL répond que d'abord l'huile de ricin purge en tant que corps huileux. Ce ne sont pas les médecins qui ont substitué les eaux minérales purgatives à l'huile de ricin, mais bien les malades qui tantôt ne peuvent supporter l'huile et les vomissements, tantôt ne la prennent qu'avec une grande répugnance, tandis que les eaux sont absorbées avec facilité et le plus souvent sans dégoût.

M. LIMOUSIN. Un moyen commode d'administrer l'huile de ricin, ce

sont les capsules Teitz, de Saint-Pétersbourg. Ces capsules sont grosses comme de petits œufs de pigeon ; les parois, formées de parties égales de glycérine et de gélatine, sont très-flexibles et se moulent assez facilement sur les parois du pharynx pour pouvoir être avalées sans provoquer aucun mouvement réflexe de régurgitation. Une seule capsule réussit à provoquer plusieurs garde-robes.

M. Constantin Paul demande à M. Limousin si, dans ces capsules d'huile de ricin, il n'y a pas une petite parcelle d'huile de croton.

M. Limousin répond qu'il n'a jamais entendu parler d'accidents irritants, comme ceux que provoque l'huile de croton, à la suite de l'usage de ces capsules, dont l'emploi commence à se généraliser.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 20 janvier 1879 ; présidence de M. Billout.

De l'action utérine de l'eau de Saint-Sauveur. — A la suite de la lecture du procès-verbal, M. Byasson demande si ce n'est pas par erreur que M. Caulet a attribué à Saint-Sauveur une sulfuration triple de celle de Cauterets ; à quoi M. Caulet répond qu'il n'entend pas parler de la composition de l'eau minérale au Griffon, mais bien dans les baignoires ; l'eau du bain de Saint-Sauveur contient encore 6 grammes de soufre, tandis que la plus sulfurée de Cauterets n'en conserve plus que 2 grammes.

M. Leudet, exerçant aux Eaux-Bonnes, où le traitement thermal est limité à la boisson, n'a pas observé l'hydrorrhée ni les autres symptômes présentés par les malades prenant les bains de Saint-Sauveur ; sous l'influence des Eaux-Bonnes, les femmes voient leurs règles retarder quelquefois, avancer souvent, s'enrichir toujours par suite de la tonicité imprimée aux diverses fonctions par le traitement thermal. Mais rien ne rappelle l'action élective spéciale décrite par M. Caulet.

M. Constantin Paul. Quoique tout traitement balnéaire ait une action utérine manifeste, on ne peut comparer l'influence des bains d'eau douce ou d'eau indifférente, comme celle de Néris, aux effets pathogénétiques signalés par M. Caulet. Il ne faut, je crois, les attribuer exclusivement ni à la composition des eaux de Saint-Sauveur, ni à leur mode d'emploi, mais bien à l'un et l'autre de ces éléments.

Sur les eaux de la Bourboule. — M. Bouloumie lit un mémoire de M. Garrigou sur l'analyse des eaux de la Bourboule.

M. Verité annonce que, la lutte ayant cessé entre les puits Perriere et Chouny, et la même Société ayant réuni toutes les sources, il peut enfin sortir de la réserve qu'il s'était imposée. A l'aide d'une figure, il démontre que toutes ces eaux ont une origine commune, et qu'il a donc droit de s'étonner des différences que présentent les analyses de MM. Bouis et Le Fort qui, à un demi-milligramme près, ont trouvé la même composition arsenicale avec celle de M. Garrigou, qui, après 15 milligrammes, n'en a plus trouvé que 5.

Les dernières recherches faites, sur la demande du ministre, par M. Riche assignent, comme celles des chimistes précédents, 7 milligrammes d'arsenic par litre.

M. Chateau croit, comme M. Verité, qu'il peut y avoir à la Bourboule plusieurs puits, il n'y a qu'une eau, partout la même, celle que nous ont fait connaître MM. Bouis, Riche et Le Fort.

M. Durand-Fardel fait remarquer que les sources sulfureuses ou bicarbonatées voisines peuvent présenter d'assez grands écarts de richesse et de composition, tandis que les sources chlorurées sodiques présentent, à côté de thermalité différente, une analogie de composition remarquable. Il demande à faire dans la prochaine séance la lecture d'un premier mémoire sur l'arthritisme : « Pathogénie de la goutte et du rhumatisme. »

Appareil à eau gazeuse. — M. Constantin Paul explique à l'aide d'une figure un appareil présenté par M. Valker (de New-York), destiné à conserver aux liquides chargés d'acide carbonique leurs principes gazeux, tout en élevant leur température à 5 degrés et demi.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Bons effets du citrate de caféine comme diurétique dans le traitement de l'hydropisie de cause cardiaque. — Le docteur Lewis Shapter, rappelant les propriétés attribuées à ce médicament par le professeur Gubler, à savoir : de provoquer une diurèse instantanée et abondante dans les cas d'hydropisie cardiaque, rapporte quatre observations qui confirment l'opinion de notre compatriote. Il pense toutefois que la dose de 20 à 40 centigrammes donnée par M. Gubler est un peu trop forte, et, comme le médicament a une tendance manifeste à produire des nausées et des vomissements, il s'est contenté de 15 centigrammes ; cette dose ayant suffi dans chaque cas pour déterminer une copieuse sécrétion d'urine, même à la période ultime de la maladie. On peut donner le citrate de caféine en pilule, ou dans une potion renfermant 2 grammes de glycérine et 30 grammes d'eau pour 15 centigrammes du médicament, ou en injection hypodermique.

M. Shapter pense que la caféine agit en augmentant les contractions cardiaques et la tension artérielle ; les cas où elle convient le mieux sont ceux dans lesquels le cœur est dilaté, faible, et à contractions irrégulières, annonçant une dégénérescence progressive des parois. (*The Practitioner*, janvier 1878, p. 23.)

Effets toniques de l'arsenic sur le sang et sur le cœur. — Le docteur Lockie, de Cumberland Infirmary, appelle l'attention sur les effets remarquables produits, par l'administration de l'arsenic, dans certaines formes d'anémie où le fer et un bon régime avaient échoué. L'auteur rapporte certains cas de sa pratique pour montrer que dans des cas où l'anémie approchant en gravité l'anémie essentielle ou pernicieuse, l'administration de la liqueur arsenicale à doses de 5 gouttes fut des plus avantageuses. Il suppose aussi que ce médicament peut être utile dans la chorée et la phthisie, puisque ces deux affections sont liées à un certain état d'anémie.

Quant aux propriétés de l'arsenic comme stimulant cardiaque, M. Lockie pense que c'est un adjuvant utile pour la digitale, et dans les affections valvulaires ordinaires du cœur, lorsqu'il y existe un défaut de compensation avec ses conséquences. En outre, il paraît être d'une grande valeur même dans la dégénérescence graisseuse, malgré que des expériences récentes tendent à démontrer que la dégénérescence graisseuse du cœur est un des résultats de l'alimentation des animaux avec l'arsenic administré à hautes doses. (*The Brit. Med. Journ.*, 7 décembre 1878.)

Dix cas d'anévrysme de l'aorte traités par l'iodure de potassium. Résultats différents. — Le docteur Byron Bramwell rapporte dix cas d'anévrysme de l'aorte thoracique et abdominale ; six d'entre eux furent considérablement améliorés par l'administration de l'iodure de potassium à dose de 50 centigrammes trois fois par jour. Comme tous ces cas les tumeurs anévrysmales étaient très volumineuses ; on pouvait à peine espérer d'obtenir la guérison, et même dans quelques cas l'amélioration ne fut que temporaire. Les résultats obtenus démontrent néanmoins que l'administration de cette sub-

stance, combinée avec le repos, est de quelque valeur dans le soulagement des symptômes. (*The Lancet*, 23 novembre 1878.)

Préparation du quinate de quinine pour injections hypodermiques. — M. Henri Collier recommande le quinate de quinine comme un sel très soluble et propre aux injections sous-cutanées. Il le prépare en convertissant le quinate de calcium en quinate de baryum ; et celui-ci, par double décomposition avec le sulfate de quinine, en sulfate de baryum et quinate de quinine. La solution qu'il emploie pour injection hypodermique est à 1 pour 4. (*London Med. Record*, 15 novembre 1878.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Un nouveau tracteur pour le forceps obstétrical, par le docteur Alexander Duke (*the Brit. Med. Journ.*, 8 février 1879, p. 189).

Fibrome volumineux interstitiel de la paroi antérieure et du fond de l'utérus. Morcellement de la tumeur. Inversion de l'organe dans des efforts de traction. Enucléation définitive du fibrome. Réversion de l'utérus. Choc traumatique considérable. Injections sous-cutanées d'éther ; guérison, par le docteur Lloyd Roberts (*id.*, p. 102).

Examen du sang dans un cas de mort dans le coma, chez un diabétique, par le docteur Hamilton (*Soc. méd.-chir. d'Edimbourg*, 17 décembre 1878).

Laparotomie dans les cas de hernie étranglée avec réduction en masse. Communication d'Annandale, et discussion (*id.*).

Deuxième splénotomie en Italie. Hypertrophie de la rate chez une fille de seize ans. Incision antiseptique. Ligature des vaisseaux spléniques avec le *catgut*. Cautérisation des surfaces de section avec le *thermo-cautère* Paquelin ; suture à points séparés de Spencer Wells. Durée de l'opération : une heure et demie ; mort quarante-huit heures après, par le docteur Urbinati (*il Raccoglitore medico*, 30 janvier 1879, p. 102).

Note critique sur l'emploi du salicylate de soude dans les pyrexies, par le docteur Pio Serra (*id.*, p. 68).

Macroglossie congénitale. Ablation de la partie saillante par une incision en V à l'aide du thermo-cautère Paquelin, à l'âge de cinq ans. Bons résultats, par le docteur d'Oliveira Martins (*o Correio medico de Lisboa*, 1er février 1879, p. 29).

Bons effets de l'emploi de l'infusion de jaborandi et de l'injection de pilocarpine dans le traitement de la néphrite parenchymateuse et de la néphrite interstitielle. Observations très-détaillées, analyses quotidiennes de l'urine, et indications des modifications de la température, de la respiration et du pouls, par le docteur Alessandro Cantieri (*lo Sperimentale*, janvier 1879, p. 20).

VARIÉTÉS

Banquet offert par le corps médical français, a M. Ballay, médecin auxiliaire de la marine, membre de l'expédition scientifique dans l'Afrique centrale. — En septembre 1875, une expédition française quittait le Gabon, pour remonter l'*Ogôowé*, fleuve français dont le cours était encore inconnu. M. Savorgnan de Brazza commandait cette expédi-

tion; il avait pour second Ballay, étudiant de notre Faculté, médecin auxiliaire de la marine.

Leur mission officielle accomplie, au milieu d'obstacles de tous genres, nos compatriotes auraient pu revenir sur leurs pas, mais n'écoutant que leur courage et leur audacieux dévouement à la science et à l'humanité, ils s'avancèrent vers l'Est.

Après avoir traversé d'immenses contrées, peuplées de tribus sauvages, désolées par l'esclavage, ils firent connaître et respecter le nom et le drapeau de notre pays et ouvrirent dans l'Afrique centrale une nouvelle route à la civilisation par la découverte de deux rivières.

Presque sans munitions, sans médicaments, à peu près nus, dévorés par la fièvre, épuisés par un séjour de trois ans dans l'intérieur de l'Afrique, aux prises avec des peuplades hostiles, nos hardis compatriotes opérèrent leur retraite à travers mille dangers dont ils surent triompher à force d'intrépidité et de patiente énergie.

Ils avaient été soutenus jusqu'au bout par la grandeur de leur mission et par l'amour de la patrie!

Les soussignés ont pensé remplir un patriotique devoir en offrant un banquet à l'expédition française et en particulier à Ballay, qui, tour à tour médecin, soldat, explorateur, a montré un dévouement et une intrépidité au-dessus de tout éloge.

Cameron, Stanley ont reçu en France et en Angleterre un accueil enthousiaste; les explorateurs français ont rempli une mission non moins périlleuse, non moins féconde; ils ont droit, eux aussi, aux témoignages de notre reconnaissance et de notre admiration.

Le banquet qu'offre à M. Ballay le corps médical aura lieu le mardi 18 février à sept heures, chez Bignon, restaurant du café Riche, 1, rue Lepeletier.

Le prix de la cotisation est fixé à 15 francs. On souscrit chez les membres du comité d'organisation :

M. Bottentuit, rédacteur en chef de *la France médicale*, 19, boulevard Malesherbes;

M. Bourneville, rédacteur en chef du *Progrès médical*, 6, rue des Ecoles;

M. Cornil, rédacteur en chef du *Journal des connaissances médicales et de pharmacologie*, 6, rue de Seine;

M. De Ranse, rédacteur en chef de *la Gazette médicale*, 4, place Saint-Michel;

M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction du *Bulletin de Thérapeutique*, 8, place de l'Odéon;

M. Le Roy de Mericourt, directeur de la rédaction des *Archives de médecine navale*, 5, rue Cambacérès;

M. Galippe, secrétaire du Comité, 48, rue Sainte-Anne.

Cours. — Le docteur Martin-Damourette a recommencé ses cours de chimie, de thérapeutique, etc., pour la préparation aux troisième et quatrième examens de doctorat, et un premier examen de fin d'année, le lundi 3 février, à une heure, boulevard Saint-Germain, 63.

Le docteur Durand-Fardel commencera son cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques, le lundi 3 mars, à quatre heures, dans l'amphithéâtre nº 3, de l'Ecole pratique, et le continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

Ce cours sera fait en quinze leçons.

Nécrologie. — Le docteur Chauffart vient de mourir subitement. Professeur à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité, membre de l'Académie de médecine, inspecteur général de l'enseignement de la médecine, M. Chauffart était une des grandes figures médicales de notre temps, et sa mort ne laisse à tous que d'unanimes regrets. — Le docteur Ulysse Trelat, médecin de l'hôpital de la Salpêtrière, ancien ministre, vient de mourir à l'âge de quatre-vingt-trois ans.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE ÉTIOLOGIQUE

Traitement hygiénique des dyspepsies;

Par M. le professeur BOUCHARDAT.

INTRODUCTION.

On confond sous le nom de *dyspepsies* les troubles divers de l'estomac et souvent d'autres parties de l'appareil digestif, qui ne peuvent être rapportés à aucune maladie ou lésion spéciale.

Ces troubles sont le plus souvent accompagnés d'inappétence et de douleur.

Cette définition rétrécit le cadre des dyspepsies, qui est des plus vastes. On réunit encore sous ce titre une foule d'affections étiologiquement différentes. Comme l'a très bien dit M. Luton dans le *Dictionnaire* de M. Jaccoud, ce sont autant de petites entités morbides sans autre lien commun que l'organe qui leur sert de support.

Le traitement des dyspepsies, pour être rationnel, et efficace doit se baser sur l'étiologie. C'était l'opinion de mon maître et ami Chomel, dont j'aurai plus d'une occasion de citer l'ouvrage si pratique sur les dyspepsies, qu'il a écrit dans les derniers mois de sa vie en cherchant ainsi à être encore utile aux autres, en oubliant ses souffrances par le travail intellectuel.

Je vais donc examiner successivement les causes principales des dyspepsies, en m'éclairant autant que je puis le faire des progrès de la biologie, et en déduisant immédiatement les règles qui doivent les éloigner et par conséquent guérir.

I

DYSPEPSIES SE RAPPORTANT A L'ALIMENTATION. — *Manger modérément* est la première prescription hygiénique que j'inscris dans la plupart de mes consultations. Dès qu'on a passé la période ascendante de la vie; que les besoins de l'accroissement ont cessé, que la dépense diminue, il est de la plus grande importance de diminuer la recette. C'est le plus souvent ce qu'on ne fait pas dans les classes élevées de la société. Aussi, dans ces con-

ditions, voit-on arriver souvent cette saturation alimentaire *qui conduit à la dyspepsie.*

Pour montrer l'influence utile d'une alimentation sobre, on ne peut mieux faire que de citer l'exemple de Cornaro (1).

---

(1) Voici en quels termes Chomel expose en raccourci l'histoire hygiénique de Cornaro :

« Après avoir mené jusqu'à trente-cinq ou quarante ans une vie fort intempérante, il expia ses écarts journaliers de régime par un état presque constant de souffrances, dont les voies digestives étaient manifestement le point de départ : douleurs d'estomac, soif insupportable, fièvre lente, insomnies, humeur chagrine, irritabilité. Après avoir essayé, sans succès aucun, de toutes les ressources de la pharmacie, il resta convaincu de l'insuffisance des médicaments contre un état de souffrances et d'épuisement qui ne lui laissait presque aucun espoir de guérison. Cornaro voulut avoir un dernier avis des médecins : ceux-ci lui déclarèrent, avec beaucoup de sagesse, à mon sens, que son mal, qui avait résisté à tous les remèdes, pouvait encore céder au régime ; que le régime était sa seule ancre de salut. Il se résigna, non sans regret ni sans effort, à suivre ce conseil. Il se fit, en conséquence, une règle de ne prendre chaque jour que 12 onces d'aliments solides et 14 onces de vin, partagées entre quatre repas, composés chacun de 3 onces d'aliments et de 3 onces et demie de vin nouveau, le vin vieux lui étant contraire. Ses aliments consistaient en pain. en soupes, en jaunes d'œufs, auxquels il ajoutait quelquefois un peu de viande. Une seule fois, il essaya, sur les instances de ses amis, d'augmenter d'un sixième la quantité de ses aliments ; il en fut immédiatement incommodé et forcé de redescendre à son chiffre premier. Encore, à mesure qu'il avança dans la vie, diminua-t-il quelque chose de ce faible menu.

« Pour beaucoup de gens, renoncer à manger selon leur goût et selon leur appétit, c'est se condamner à des privations intolérables, et une guérison achetée à un pareil prix serait chose pire que le mal lui-même. Cornaro, qui a passé par ces deux épreuves, était loin de partager cette opinion. Le temps où il satisfaisait son appétit, aux dépens de sa santé, était pour lui un temps de misère, bien qu'il fût jeune encore. Le temps, au contraire, où, par une extrême sévérité de régime, il parvint à rétablir et à conserver sa santé, devint et resta la période la plus heureuse d'une vie qu'il a prolongée au-delà de cent ans. Il n'est pas sans intérêt de l'entendre lui-même célébrer cette verte vieillesse, cette parfaite santé, chose d'un prix inestimable quand il la compare aux faibles sacrifices qu'elle lui imposait :

« Tous ceux qui me connaissent, dit-il, certifieront que la vie que je mène n'est pas une vie morte et languissante, mais une vie aussi heureuse qu'on puisse la souhaiter en ce monde. Ils diront que ma vigueur est encore assez grande, à quatre-vingt-trois ans, pour monter seul à cheval, sans *avantage* ; que non seulement je descends hardiment un escalier, mais encore une montagne tout entière de mon pied ; que je suis toujours gai, toujours content, toujours de belle humeur ; que rien ne m'empêche de

Je serais loin de conseiller, dans notre contrée et à tous, le régime sévère auquel le noble Vénitien s'était condamné, mais entre cette sobriété excessive et le luxe culinaire de Brillat-Savarin, il est un juste milieu que le sage sait observer, en se rappelant

---

passer agréablement mon temps et de goûter tous les plaisirs d'une société honnête. Je me promène dans mes jardins, le long de mes canaux et de mes espaliers, où je trouve toujours quelque petite chose à faire qui m'occupe et me divertit. Je prends quelquefois le divertissement de la chasse, mais d'une chasse qui convient à mon âge, comme celle du chien couchant et du basset.

« Je vais quelquefois rendre visite à mes amis dans les villes voisines. Je visite les édifices publics, les palais, les jardins, les antiquités, les places, les églises, les fortifications, n'oubliant aucun endroit où je puisse contenter ma curiosité ou acquérir quelque nouvelle connaissance.

« Enfin, les plaisirs que je prends ne sont pas imparfaits pour la faiblesse des organes. Je vois et j'entends aussi bien que j'aie jamais fait; tous mes sens sont aussi libres et aussi complets qu'ils aient jamais été, particulièrement le goût, que j'ai meilleur, avec le peu que je mange à présent, que je ne l'avais lorsque j'étais esclave des voluptés de la table. J'ai conservé toutes mes dents. Le changement de lit ne m'empêche pas de dormir; je dors partout tranquillement, et, si je rêve, je ne fais que des songes agréables. S'il m'est permis de citer des bagatelles en traitant un sujet comme celui-ci, je dirai qu'à l'âge de quatre-vingt-trois ans, la vie sobre m'a conservé assez de liberté d'esprit et assez de gaieté pour composer une comédie qui, sans choquer les bonnes mœurs, est fort divertissante.

« Pour comble de bonheur, j'ai onze petits-enfants. Je m'amuse à badiner avec les cadets, les enfants de trois à cinq ans étant ordinairement de petits bouffons assez divertissants. Ceux qui sont plus âgés me tiennent meilleure compagnie, je les fais souvent chanter et jouer des instruments; je me mêle quelquefois à leurs concerts, et j'ose dire que je chante et que je soutiens ma voix mieux que je n'ai jamais fait. Ma mémoire et mon cœur sont à présent ce qu'ils étaient dans les plus belles années de mon adolescence, et mon jugement n'a rien perdu de sa netteté et de sa force. Je suis persuadé que cela vient de la diminution que je fais des aliments à mesure que je vieillis.

« Je suis né fort bilieux, et par conséquent fort prompt; je m'emportais, je brusquais tout le monde; j'étais si insupportable, que beaucoup d'honnêtes gens évitaient de me fréquenter. Par le secours de la vie sobre, je suis devenu si modéré, qu'on ne s'aperçoit plus de ma disposition première.

« Cela s'appelle-t-il une vieillesse incommode et caduque?

« Je ne changerais pas d'âge et de vie contre la plus florissante jeunesse, qui ne refuse rien à ses sens, étant sûr qu'elle est sujette à une infinité de maux.

« L'exemple de Cornaro a cela d'encourageant qu'avec une très petite quantité d'aliments il a pu non seulement vivre, mais vivre agréablement et longtemps. Toutefois, il faut reconnaître qu'il est peu de cas où un

ce mot un peu exagéré de James Eyre : « Les gros mangeurs se creusent une tombe avec leurs dents. »

N'oublions pas que Cornaro vivait dans un pays où la température, plus élevée et plus uniforme, commande une alimentation plus modérée que chez nous.

La diète, les convalescences trop longues, l'insuffisance d'alimentation sont une cause certaine de dyspepsie. Le suc gastrique n'est sécrété qu'en présence des aliments. Il faut donc une extrême prudence dans la quantité, dans le choix des aliments quand la dyspepsie succède à l'insuffisance alimentaire. J'en ai tracé les règles à l'article *Diète* des dernières éditions de mon *Formulaire*, p. 532.

L'alimentation doit être variée, complète, en rapport avec la dépense. On ne doit changer que peu à peu et avec prudence les *habitudes bromatologiques*. L'estomac souvent se révolte contre toutes les nouveautés. « En fait de régime, a dit Trousseau, voici la loi : le meilleur, le seul réellement bon, le seul réellement convenable, c'est celui que le malade sait, d'après sa propre expérience, le mieux supporter. Le médecin doit donc tout d'abord s'en enquérir, pourquoi donc alors tracer des règles générales que l'expérience de chaque jour viendrait contredire? Chaque dyspeptique a un régime à lui, un régime spécial. »

Si le régime d'un malade atteint de dyspepsie n'est pas convenable, réformez-le peu à peu, avec mesure, avec prudence.

Quant aux aliments (sauf l'exception du lait et de la viande crue), il n'est pas possible de recommander l'un de préférence à l'autre : le meilleur aliment, comme on l'a dit avec raison, est

---

régime aussi sévère soit indispensable pour rétablir un estomac débilité, si ce n'est pour un temps limité et pendant la période intense du mal. Au-delà de ces conditions, une diète aussi rigoureuse n'est pas nécessaire, je dirai même qu'elle pourrait être nuisible. Elle entraînerait tous les inconvénients qui résultent d'une alimentation insuffisante. Cornaro constitue une exception, et non pas une règle. J'ajouterai même qu'il est douteux pour moi que ce régime auquel il s'était réduit fût absolument nécessaire, et dût être aussi prolongé, et que l'essai infructueux qu'il fit une fois d'augmenter ses aliments n'eût pu et dû être recommencé avec chances d'un meilleur résultat, surtout dans les premiers temps qui suivirent son rétablissement. Plus tard l'habitude était prise ; le résultat de cette diète était si complètement satisfaisant, les forces et le bien-être étaient si complets, qu'il y avait peut-être sagesse à ne pas chercher un mieux incertain. »

celui qui se digère le mieux; on peut répéter aussi que les aliments qui conviennent surtout aux dyspeptiques ne sont pas toujours les meilleurs absolument, mais ceux qui conviennent le mieux, soit parce qu'ils sont agréables, soit parce qu'ils sont le plus aisément digérés; quelquefois, les dyspeptiques auront recours de préférence aux aliments herbacés; d'autres fois, ce qui leur réussira le mieux, ce seront des aliments peu substantiels ou encore des aliments savoureux, des aliments de haut goût, comme le jambon, le saucisson, les anchois, les harengs saurs, les olives, le caviar. Ces aliments sont souvent bien mieux supportés par certains estomacs que des préparations simples, comme des viandes rôties ou bouillies. On aurait donc tort de défendre, d'une façon absolue, comme on le fait souvent dans des cas de dyspepsie torpide, l'usage de mets relevés, épicés, fortement assaisonnés. La salade, les aliments vinaigrés ne doivent pas, non plus, être rejetés de parti pris du régime des dyspeptiques; M. Gubler s'élève avec force et avec grande raison contre la tendance que l'on a à refuser à certaines jeunes filles lymphatiques, chlorotiques, dont les digestions sont lentes et pénibles, l'usage de la salade, des fruits acides pour lesquels elles ont, en général, tant de désir; combien de chlorotiques, d'anémiques, dit-il, se restaurant ainsi, à qui, pourtant, la salade était impitoyablement interdite.

Je prescris presqu'à tous mes malades du cresson ou une salade de feuilles, en ayant soin de leur recommander de bien les diviser et les mâcher et en commençant par de petites quantités, qu'on augmente progressivement.

Le régime herbacé rend plus facile la régularisation des garde-robes. Il est certains dyspeptiques qui ne peuvent absolument supporter les crudités, il faut respecter ces idiosyncrasies.

Je viens de parler des fruits, qui sont quelquefois utiles aux malades atteints de dyspepsie, je dois à ce propos mentionner l'opportunité de *cures de raisin* contre certaines formes de cette affection.

L'abus continuel des boissons aqueuses et surtout celles d'eaux fortement gazeuses, comme celles de Seltz artificielles, déterminent fréquemment des dyspepsies, qu'on fait disparaître par la modération progressive dans l'usage de ces boissons.

L'abus des modificateurs du système nerveux conduit assez souvent à la dyspepsie. En première ligne, je dois placer l'abus

de l'eau-de-vie, des liqueurs fortes, des vins alcoolisés, puis celui de la bière, du cidre. On a accusé l'usage immodéré du thé, du café ; pour ces deux boissons et surtout la première, l'habitude de les boire très chaudes et en trop grande quantité peut contribuer à leur mauvais effet.

L'abus du tabac, de cigares trop souvent renouvelés et trop riches en nicotine, contribue, chez certaines individualités peu résistantes ou inhabituées, au développement des dyspepsies.

Le remède est nettement indiqué : la diminution graduelle de ces modificateurs, voilà la loi. Pour certaines maladies il faut être plus radical et prescrire la privation absolue.

L'usage de certains remèdes, iodiques, arsenicaux, mercuriaux, ferrugineux, etc., sont l'origine de dyspepsies qui commandent une grande surveillance, lorsqu'on recourt à l'emploi continu de ces puissants et utiles médicaments.

L'abus des purgatifs et des émétiques peut avoir également une influence fâcheuse au point de vue qui nous occupe.

Distribution des repas. — Je ne puis faire mieux que de reproduire l'article du livre de Chomel consacré à ce sujet ; disons avant que la régularité des heures a une importance capitale. Nous sommes, ne l'oublions pas, des bêtes d'habitude. « La manière dont les repas sont distribués est un des points qui méritent le plus l'attention du médecin chez les personnes atteintes de dyspepsie. Je ne manque jamais de diriger mes questions sur ce sujet, et je dois ajouter que, de toutes les causes qui peuvent troubler les fonctions digestives, celle-ci est, d'après mes observations, la plus commune. Je demande aux dyspeptiques, lorsqu'ils ignorent la cause qui trouble leur digestion, quel est leur meilleur repas, et s'ils me répondent : *le déjeuner*, mon diagnostic est presque établi. Les détails qu'ils me donnent sur ce repas, sur le plaisir qu'ils ont à le faire, sur l'abondance des aliments qu'ils prennent le matin, sur la facilité avec laquelle ils se trouvent au moment du dîner, leur peu d'appétit, la satiété prompte qui suit l'ingestion des premiers aliments, l'engourdissement physique et intellectuel qui a lieu après le repas, le dérangement de leur sommeil, etc.; tout cela vient confirmer pleinement, chez le plus grand nombre, l'opinion première que m'avait inspirée leur réponse. J'étais autorisé à conclure que le déjeuner, qui, sous le rapport de la satisfaction gastronomique, était leur meilleur repas, était, sous le rapport hygiénique, le plus mauvais, puis-

qu'il était la véritable cause de leur inappétence au dîner et du dérangement de leurs digestions. Généralement, dans nos habitudes parisiennes, le déjeuner, non seulement est trop fort, mais il est séparé du dîner par un intervalle insuffisant.

« Le déjeuner a lieu ordinairement vers onze heures, dans quelques maisons à midi, à une heure même, chez les personnes dont la matinée est consacrée aux exigences des affaires. Le dîner ayant lieu à six heures et demie, l'intervalle entre le repas et la fin du premier se trouve réduit à six, cinq et même quatre heures, et plus le déjeuner a été retardé, plus il a dû être copieux. Il est indispensable que le médecin insiste sur la nécessité d'un temps à peu près fixe entre ces deux repas, et ce temps, chez l'adulte et l'homme fait, ne doit pas être moindre de six à huit heures. Du reste, cet intervalle doit être subordonné à la quantité et à la nature des aliments, il doit être moindre quand les repas sont légers, plus considérable quand ils sont forts.

« L'absence d'un intervalle suffisant entre les repas est particulièrement nuisible aux personnes dont la vie est sédentaire, dont les occupations sont intellectuelles, et dont les organes digestifs ne sont pas aidés par un exercice suffisant. Au contraire, l'homme qui se livre chaque jour à des travaux durs, comme le terrassier, le moissonneur, ne peut pas mettre plus de trois à quatre heures entre chaque repas, et encore est-il obligé, surtout s'il est dans la force de l'âge, de les faire copieux.

« Les inconvénients qui résultent de l'insuffisance d'intervalle entre les repas, augmentent avec les progrès de l'âge. L'adulte peut et doit manger trois fois le jour, l'homme fait deux fois ; le vieillard en général ne fait qu'un repas, mais il peut le faire copieux ; il faut seulement qu'il accorde à son estomac devenu paresseux, mais patient, le temps dont il a besoin pour accomplir entièrement l'acte de la digestion.

« La plupart des vieillards, parmi ceux qui s'observent convenablement, chez qui la raison l'emporte sur le plaisir de manger et qui pourraient et devraient être leur propre médecin, en ce qui concerne le régime, sont conduits d'eux-mêmes à ne manger qu'une fois, à l'heure un peu tardive, pour eux surtout, du dîner ; à peine prennent-ils le matin un potage, une tasse de café au lait, de chocolat ou de thé. Si le vieillard ne doit faire qu'un repas proprement dit, l'homme fait deux, l'adulte trois, quatre sont nécessaires dans l'adolescence, cinq dans la seconde en-

fance, un nombre presque illimité chez l'enfant à la mamelle. »

Je dois dire que, contrairement à l'avis de Chomel, pour le vieillard, je préfère deux repas modérés à un seul repas copieux.

Bien diviser, bien mâcher tous les aliments, voilà une prescription qui convient dans presque toutes les formes de dyspepsie.

On attribue généralement cette utilité à la nécessité de l'intervention de la salive ; sans nier l'intervention du ferment salivaire dans les phénomènes de la digestion, je crois qu'on l'a beaucoup exagérée. La diastase, fournie par le pancréas, possède des propriétés, et plus constantes et plus énergiques que celles contenues dans la salive. La grande proportion d'eau que ce liquide renferme, peut certainement faciliter la digestion stomacale, et l'alcali qu'il contient, diminuer la trop grande acidité du suc gastrique.

Les études que j'ai exécutées avec Sandras, qui établissent que les phénomènes digestifs s'accomplissaient complètement dans des parties déterminées de l'appareil digestif, rendent parfaitement compte de certaines dyspepsies soit accidentelles, véritables indigestions, soit permanentes dyspepsies de Chomel, quand la mastication est imparfaite. Ainsi, quand on ingère des morceaux volumineux de parties animales trop riches en matières grasses, comme de gros fragments d'anguille, ces matières grasses n'étant point attaquées par le suc gastrique versé dans l'estomac, fatiguent l'appareil par la continuité de leur présence et déterminent ainsi des vomissements ou des évacuations alvines anomales qui en opèrent l'expulsion.

Quand on ingère gloutonnement des fragments trop volumineux de pain, les féculents n'étant point attaqués par le suc gastrique, ces fragments séjournent dans l'estomac, y subissent la fermentation lactique et modifient les conditions d'une bonne digestion.

Insuffisance des acides dans le suc gastrique. — L'insuffisance des acides dans le suc gastrique peut tenir à deux causes. La première est pathologique, le plus souvent elle se rattache à l'insuffisance d'excrétion d'urée par les reins, dans la maladie de Bright, urée qui est alors excrétée par l'appareil digestif, convertie en carbonate d'ammoniaque qui diminue l'acidité du suc gastrique ; la seconde, qui a été notée par plusieurs auteurs, tient à

la production trop abondante de sueur acide, à la suite d'un travail excessif, ou de causes pathologiques qui tendent à diminuer la sécrétion du suc gastrique et à augmenter l'excrétion épithéliale.

Dans ces suppositions, l'administration d'un acide convenablement dilué et associé réussit fréquemment. Je prescris alors du vin de quinquina, contenant par litre 2 à 4 grammes d'acide chlorhydrique liquide pur, ou la boisson chlorhydrique de Caron (*Formulaire*, 364), ou encore la limonade avec l'alcool nitrique.

Insuffisance des ferments digestifs normaux. — On a, selon moi, beaucoup exagéré comme pouvant déterminer des dyspepsies l'insuffisance des ferments digestifs. On doit croire à mes doutes, car le premier j'ai eu la pensée de les introduire dans la thérapeutique. Ces ferments se modifient selon les âges, et aussi suivant les aliments habituellement digérés. Pendant l'allaitement, le ferment de coagulation (présure) domine. Quand l'adulte se nourrit de viandes bouillies, c'est le ferment de dissolution (pepsine) qui devient presque exclusif.

Ces ferments font-ils souvent défaut ! on ne saurait le dire avec assurance, mais on peut rationnellement le supposer. C'est ce que j'avais admis en proposant leur emploi dans certaines formes de dyspepsie. Je vais reproduire l'extrait d'une note publiée dans mon Annuaire de 1866 : « Dès la publication du mémoire qui m'est commun avec Sandras, *sur les fonctions du pancréas*, imprimé dans le *supplément* à mon *Annuaire de thérapeutique* pour 1846, j'eus la pensée d'administrer les ferments digestifs dans un but de thérapeutique ; et le premier essai fut de prescrire le ferment contenu dans le *suc pancréatique*. Comme ce liquide ne pouvait être facilement obtenu, je lui substituai les pancréas de pigeon. Mon maître et mon ami Chomel ordonna ces pancréas, d'après mon indication, non pas bouillis, comme on le lui a fait dire, mais crus et mêlés, après avoir été broyés, ou à de la panade, ou à des confitures. Il n'obtint aucun résultat utile de ce premier essai ; mais ce n'est pas une raison pour renoncer à ce moyen inoffensif, qui pour échouer chez un malade a réussi chez un autre.

La première condition pour que les ferments digestifs agissent efficacement, c'est qu'ils se rencontrent avec les aliments qu'ils doivent dissoudre en présence d'une quantité d'eau suffisante ; la seconde, c'est que le liquide soit dans un état d'acidité ou

d'alcalinité convenable. Voilà pourquoi on ajoute de l'acide lactique ou de l'acide tartrique à la poudre de pepsine, ou du sel marin dans un vin contenant de la pepsine.

Je regarde comme très probable que les principaux ferments digestifs, pepsine et diastase, peuvent se substituer les uns aux autres, sinon directement, au moins par une action secondaire des organes qui les sécrètent.

Notons bien ceci, il y a deux choses distinctes dans les ferments, l'organe et le liquide sécrété. Le ferment de la bière est comparable aux glandes qui sécrètent le suc gastrique ; la pepsine et la diastase sont des produits de sécrétion.

J'ai depuis longtemps établi cette distinction : ce n'est point par sa masse que l'on peut apprécier l'action d'un ferment digestif, mais par la mesure de son action, comme MM. Corvisart et Boudault l'ont si bien établi.

Le fait isolé de défaut de sécrétion d'un ferment digestif doit se rencontrer rarement dans les dyspepsies ; aussi les cas où l'on peut utilement prescrire ces ferments ne se rencontrent-ils pas fréquemment. Quelques jours d'administration suffisent pour juger si cette prescription sera avantageuse. Il faut la suspendre, si on n'obtient rien ; on aura au moins, sans inconvénient aucun, donné pendant quelques jours l'espérance à un pauvre dyspeptique, et c'est toujours un bien. N'oublions pas de dire que les ferments perdent souvent avec le temps, et dans des conditions qui ne nous sont pas bien connues, leurs propriétés spécifiques ; il est donc convenable d'essayer, avant de les livrer, si leurs propriétés digestives sont conservées.

On a employé jusqu'ici trois ferments digestifs : d'abord le ferment du pancréas par M. Chomel, d'après mes indications, puis un des ferments du suc gastrique, la *pepsine*, par MM. Boudault et Corvisart (1), et enfin M. Coutaret a vanté, sous le nom de *maltine*, le ferment de l'orge germée connu sous le nom de *diastase*. J'ai commencé des expériences sur les différents ferments qui se développent dans les graines pendant la germination et qui sont les moteurs de digestions très analogues à celles qui s'exécutent dans l'appareil digestif des animaux.

(1) Est-ce bien le ferment digestif de caillette de mouton, animal herbivore type, qui convient le mieux pour faciliter la digestion de la chair des animaux que l'homme ingère ?

Je suis convaincu que cette étude doit conduire à des résultats intéressants à divers points de vue.

Je ne puis quitter ce sujet de l'alimentation sans insister sur l'incomparable utilité du *régime lacté* exclusif contre certaines des formes de dyspepsies les plus graves, s'accompagnait de vomissements incoercibles. Quand le lait n'est pas rejeté, le malade trouve en lui la planche du salut, trois à quatre litres de lait sortant du pis de la vache suffisent pour soutenir les forces et ramener une santé parfaite dont il eût fallu désespérer sans cette alimentation.

La viande crue hachée, le jus de viandes crues rendent également de grands services dans certaines formes de dyspepsies, mais il faut ou en donner des quantités assez élevées, ou les associer à d'autres aliments, pour ne pas tomber sous le coup de l'insuffisance.

Des œufs frais, crus ou peu cuits, offrent souvent aux dyspeptiques une ressource alimentaire des plus précieuses. Quand ils peuvent supporter l'association du beurre, du sel et des œufs sous forme d'œuf *brouillé*, avec de la croûte de pain ou du pain rassis, ils trouvent ainsi facilement tous les bénéfices d'un aliment complet, comme est le lait lui-même.

II

Influence de l'insuffisance de la dépense. — Dès que vous diminuez la dépense, la recette devient moins nécessaire. Quand vous vous condamnez au repos, le chiffre des combustions respiratoires s'abaisse. Si vous continuez à introduire dans l'appareil digestif la même dose d'aliments, survient l'anorexie et souvent après elle la dysepsie.

Le passage d'une vie active à une vie sédentaire est une cause de dyspepsie dont Grisolle a signalé l'importance. Chaque jour, je constate la justesse de cette observation. Chomel dit : « Le défaut d'un exercice régulier est l'une des causes les plus fréquentes de la dyspepsie. Son influence sur le dérangement des organes digestifs est d'autant plus grande que le sujet a des muscles plus forts et plus aptes à supporter le mouvement : la vie sédentaire est généralement, par ce motif, plus nuisible aux hommes qu'elle ne l'est aux femmes, qui d'ailleurs trouvent, dans la surveillance et les soins du ménage, une cause de mou-

vement que n'ont pas les hommes. Un exercice modéré est un auxiliaire indispensable pour les bonnes digestions ; on pourrait dire proverbialement qu'on digère avec ses jambes autant qu'avec son estomac. C'est donc un des points les plus importants à considérer dans le traitement de la dyspepsie. »

Pour augmenter la dépense, je prescris aux malades atteints ou menacés de dyspepsie, ou la fréquentation régulière du gymnase, ou des exercices de bras (appareils élastiques, xylofers, haltères), de cinq à dix minutes avant chaque repas, et une promenade après les deux principaux ; quand la sueur arrive, il importe, en rentrant au domicile, de changer, de se frictionner vivement avec des linges rudes, afin de maintenir la peau en bon état et d'animer ses fonctions.

Il importe encore que l'exercice soit modéré, progressif, *en rapport avec les forces*, évitant bien de se surmener, car la dépense excessive de forces qui provoque des sueurs abondantes est une cause très ordinaire de dyspepsie. C'est dans cette partie du traitement que la mesure est indispensable.

L'*eau froide* (bains de mer, affusions d'eau froide, douches, procédés divers et bien gradués de l'hydrothérapie), en activant la dépense, est d'une grande efficacité pour combattre certaines formes de dyspepsie.

Les affusions, les douches habilement maniées, constituent un moyen de révulsion d'une grande puissance. C'est à ce point de vue qu'elles ont été surtout vantées avec une grande ardeur par Récamier, puis par Chomel. Lorsqu'on veut obtenir un effet durable dans les dyspepsies des riches, il faut continuer toute la vie les lotions avec une éponge imbibée d'eau froide suivies de vives et longues frictions et de massage ; c'est le moyen le plus simple d'augmenter la dépense et de régulariser les excrétions de la peau.

Il est bien entendu qu'à moins d'impossibilité il n'est pas besoin d'aide pour ces opérations hygiéniques de chaque jour. Les efforts qu'elles commandent constituent à la fois un excellent exercice et un moyen sûr d'obtenir une réaction complète.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la syphilis du cerveau (leçon clinique) (1);

Par le docteur Alfred FOURNIER,
médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté.

II. — Au second rang des médications auxiliaires que nous étudions actuellement, citons le *bromure de potassium* et ses congénères (bromure de camphre, polybromure, etc.).

L'action sédative du bromure de potassium est trop connue pour que j'aie à faire autre chose que de la mentionner ici simplement. Cette action peut être mise à profit, en nombre de cas de syphilis cérébrale, contre divers phénomènes qu'il est essentiel de calmer ou de soulager, phénomènes d'excitation, d'éréthisme nerveux, d'ataxie, de délire, d'insomnie, de douleur, etc., etc.

Le bromure n'exerce aucune influence directe sur la maladie, mais il en modère, il en atténue certains symptômes. Au titre de médication incidente et provisoire, il est fort souvent utile, notamment à la suite des grandes secousses qui ébranlent fortement le système nerveux, à la suite des crises congestives, aphasiques, épileptiques, apoplectiformes, etc. Aucun médicament, par exemple, ne soulage et ne dissipe mieux que lui l'éréthisme nerveux qui succède aux attaques d'épilepsie convulsive.

La dose active sur nos malades est de 4 à 6 grammes en moyenne, quotidiennement. J'ai rarement eu besoin de l'élever plus haut pour produire les effets de sédation que je recherchais.

A côté du bromure trouvent naturellement place tous les agents de la médication sédative (narcotiques, opium, morphine, chloral, etc.), dont l'indication est fournie quelquefois, mais d'une façon bien plus rare, par certains symptômes incidents (excitation violente, délire, insomnie, céphalée, douleurs diverses, etc.).

Ainsi, les injections sous-cutanées de morphine, qui constituent la forme la plus active de cette médication, rendent d'utiles services dans deux ordres de cas : 1° contre les symptômes d'excitation, d'agitation, qui figurent passagèrement dans la ma-

---

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

ladie ; 2° contre les phénomènes douloureux rebelles à l'action du traitement spécifique.

A ce dernier propos, rappelez-vous le fait si curieux d'une de nos malades actuelles de la salle Saint-Thomas. Cette femme, hémiplégique et hémianesthésique par le fait d'une syphilis cérébrale, souffre en outre, depuis le début de sa maladie, de violentes douleurs dans la tête et les membres, douleurs assurément très-bizarres, non explicables par des lésions locales, et ne pouvant se rattacher comme origine qu'à l'affection encéphalique. Tout d'abord, le traitement spécifique a eu raison de ces douleurs ; mais, plus tard, il a perdu son action sur elles, et nous avons dû recourir à d'autres remèdes. Les injections de morphine, alors, ont été mises en œuvre, et elles ont fait merveilles, comme vous avez pu le voir. Mais, comme elles ne produisaient qu'un soulagement passager, nous avons été conduits par nécessité à les répéter bien plus souvent que nous ne l'aurions voulu, jusqu'à en avoir dépassé aujourd'hui le nombre de cent cinquante. Dès que nous les suspendons, d'intolérables souffrances se reproduisent, et vous avez entendu bien des fois la malade réclamer de nous à grands cris « ses deux ou trois injections quotidiennes, sans lesquelles la vie lui serait insupportable ». Toujours la morphine calme ses douleurs, mais toujours aussi elle ne détermine qu'une sédation provisoire. Inutile de dire si nous avons essayé d'autres médications, et de divers genres (bromure, chloral, vésicatoires, bains prolongés, électrisation, glace, etc., etc.). Nous n'avons rien trouvé qui pût remplacer la morphine. Aujourd'hui, nous en sommes aux injections de chloroforme, qui produisent bien quelque effet, mais dont l'action calmante est certes très inférieure à celle des préparations opiacées.

Le cas de cette malade est tout à fait exceptionnel, messieurs ; et je ne l'ai cité que pour vous montrer avec quel genre de difficultés inattendues on est parfois forcé de se débattre dans le traitement des accidents cérébraux de la syphilis. N'en conservez souvenir qu'à ce titre. Car, très habituellement, les douleurs ou les phénomènes d'excitation qui légitiment, sur nos malades, le recours aux agents narcotiques sont infiniment moins rebelles. Et la règle, c'est que les agents de cet ordre n'aient à intervenir dans la médication que d'une façon incidente, simplement provisoire.

III. — Les *purgatifs* sont très souvent utiles dans la syphilis

cérébrale, mais utiles seulement pour combattre la constipation, phénomène très habituel chez nos malades, et quelquefois encore pour remédier à certaines complications d'embarras gastrique ou gastro-intestinal.

A cela près, je ne leur reconnais aucun avantage. On les a dotés d'une prétendue « action révulsive » dont pourrait bénéficier, dit-on, l'état cérébral. Cela me paraît plutôt théorique que fondé sur une observation sérieuse, et j'en suis encore, pour ma part, à trouver un seul cas dans lequel cette « révulsion » se soit exercée d'une façon bien positive.

IV. — Les *révulsifs cutanés* (vésicatoires, cautères, sétons), très estimés autrefois et non moins discrédités aujourd'hui, ne sont plus guère prescrits que par habitude ou respect traditionnel. Ils n'ont en effet qu'une action très limitée. En ce qui me concerne, je ne trouve guère dans toutes mes observations que deux ou trois cas où ils paraissent avoir produit quelques effets heureux. Somme toute, ce ne sont que des auxiliaires d'ordre très inférieur.

Je ferai cependant une réserve expresse pour le *vésicatoire crânien*, qui constitue parfois une médication réellement efficace. Il est très positif, par exemple, qu'on arrive souvent à soulager, voire à dissiper complètement des céphalées opiniâtres, grâce à de larges vésicatoires placés sur le cuir chevelu. C'est là un moyen qui m'a réussi sur plusieurs de mes malades affectés de maux de tête rebelles au traitement spécifique. L'effet en est même quelquefois surprenant : d'un jour à l'autre, la céphalée disparaît, et les malades vous annoncent avec bonheur « qu'ils se sont immédiatement senti la tête dégagée ». Malheureusement, le résultat obtenu de la sorte n'est pas toujours très persistant.

Je me suis encore servi avec avantage du *vésicatoire crânien pansé à l'onguent mercuriel*, suivant la méthode préconisée par Read (1). C'est là, à coup sûr, une médication active, qui cependant n'a pas réalisé entre mes mains des effets égaux à ceux qu'elle paraît avoir fournis au médecin précité.

V. — Quant aux *émissions sanguines* (sangsues aux apophyses mastoïdes, ventouses scarifiées à la nuque), elles ne trouveraient d'indication légitime que dans une intensité particulière des phé-

---

(1) *Syphilitic Affections of the Nervous System*, par Thomas Read; Londres, 1867.

nomènes congestifs ou inflammatoires. Mais de telles conditions ne s'observent presque jamais dans la syphilis cérébrale. La médication antiphlogistique ou spoliative n'offre donc ici aucun avantage ; elle serait même nuisible, plutôt encore qu'indifférente, dans la grande généralité des cas.

VI. — L'*électricité* n'a guère été employée jusqu'ici, sur nos malades, que pour combattre les phénomènes d'ordre paralytique. Elle rend quelques services en ranimant la contraction musculaire dans les parties paralysées. Certains auteurs disent en avoir tiré un très utile profit. J'ai été moins heureux pour ma part.

Peut-être serait-elle susceptible d'applications autres, d'un ordre plus élevé, sous forme de courants continus portant l'influence électrique jusque dans les centres nerveux. Le docteur Althaus croit qu'employée de la sorte elle serait appelée à exercer une action thérapeutique bien plus importante, et cela, dit-il, « parce que, excitant puissamment la circulation collatérale autour des portions malades du cerveau, elle pourrait enrayer les progrès du ramollissement, améliorer la nutrition des tissus déjà affectés, et par ce mécanisme rétablir d'une façon complète ou partielle les fonctions troublées (1) ». Il est acquis, en effet, aujourd'hui que la galvanisation crânienne réagit sur la circulation cérébrale; donc il n'est pas impossible qu'elle réalise dans le cerveau des effets curatifs. D'autre part, voici que, dans ces derniers temps, l'électrisation céphalique paraît avoir été appliquée avec un certain succès au traitement de diverses affections cérébrales (affections mentales, manie, etc.) (2). Je tiens de mon savant collègue M. le docteur Luys qu'il a calmé soudainement, par ce moyen, un accès maniaque jusqu'alors rebelle à tout remède (3). Nos malades n'auront-ils pas à bénéficier de ces méthodes thérapeutiques nouvelles? Je l'ignore, mais, en tout cas, c'est là un champ d'explorations qui s'ouvre devant nous.

VII. — Enfin, en dehors du traitement de l'affection spécifique, d'autres indications se présentent à remplir relativement à l'état général du malade.

---

(1) *Medical Times and Gazette*, novembre 1871 ;— *the American Journal of Syphilography and Dermatology*, edited by Henri, vol. III, 1872, p. 333.

(2) Voir L.-J. Teissier, *De la valeur thérapeutique des courants continus*, thèse pour le concours d'agrégation. Paris, 1878.

(3) Communication orale.

A maintes reprises, je vous ai fait remarquer dans ce qui précède que les sujets affectés de syphilis cérébrale offrent souvent, le plus souvent, un état général mauvais, appauvri, débilité, avec langueur de tout l'être, diminution des puissances digestives, phénomènes variés d'anémie, dénutrition progressive, voire parfois imminence de cachexie.

De toute évidence, des symptômes de ce genre et de cette importance réclament une surveillance spéciale de la part du médecin et exigent une médication particulière.

De toute évidence, aussi, cette médication doit être d'ordre tonique. Donc, tous les agents reconstituants sont appelés à trouver ici leur place : préparations ferrugineuses, quinquina, huile de foie de morue, amers, etc. C'est à ce titre encore que l'hydrothérapie pourra souvent être utilisée avec succès. C'est dans le même sens qu'agiront également les eaux thermales sulfureuses. Ces eaux, qu'il ne faut prescrire, à mon sens, qu'à une période avancée de la guérison et après sédation complète des phénomènes d'excitation initiale, m'ont plusieurs fois rendu des services réels en facilitant la tolérance du traitement, en relevant les fonctions de nutrition, en modifiant la santé générale. Celles dont j'ai eu le plus à me louer sont : Uriage, Luchon, Aix (en Savoie), Cauterets, Barèges, etc.

Enfin, n'oublions pas le bénéfice considérable que les malades auront à retirer d'une hygiène sévère, appropriée à leur état cérébral ; — d'une vie calme, exempte d'excitation d'aucun genre ; voire de l'isolement complet, qu'exigent parfois les phénomènes d'éréthisme nerveux ; — souvent encore, à un autre point de vue, du changement de lieux, de l'air reconstituant de la campagne, des montagnes, de la mer, etc.

VII

La maladie guérie, le traitement achevé, tout n'est pas encore fini pour vous, messieurs. Sans parler de l'avenir et des médications ultérieures qu'il doit comporter (point sur lequel nous nous sommes suffisamment expliqués dans ce qui précède pour n'avoir plus à y revenir), il vous reste quant à présent un dernier office à remplir vis-à-vis du client que vous avez eu le bonheur de conduire à cette heureuse terminaison.

Il vous reste à le prémunir contre les dangers possibles, contre les dangers fréquents des récidives.

Dans ce but, qu'avez-vous à faire? Deux choses, que voici :

1° Tout d'abord, exposer catégoriquement à votre client la situation qui lui est faite de par ses antécédents, de par la maladie à laquelle il vient d'échapper. Je ne vous dis pas, bien entendu, de l'effrayer, de lui jeter la terreur dans l'âme par une révélation *ex professo* des périls ultérieurs auxquels il peut rester exposé. Je vous dis simplement ceci, qu'il est utile de l'avertir, avec tous les ménagements d'usage en pareille circonstance, de la possibilité d'accidents nouveaux, au cas où il s'écarterait d'une vie régulière et de l'hygiène spéciale qui lui sera imposée. Inutile, assurément, de rien énoncer de plus; inutile de parler des dangers qu'il n'est au pouvoir de personne de conjurer. Mais il est urgence majeure à signaler au malade les dangers qu'il dépend de lui de prévenir, en le persuadant bien, c'est là l'essentiel, qu'il est maître de la situation et qu'il encourt la responsabilité des évènements ultérieurs.

Et, en effet, dissimuler sur ce point la vérité au malade serait le laisser exposé à des éventualités qu'il ignore. La lui révéler avec mesure, dans la stricte mesure qui peut lui être utile, c'est lui offrir les moyens de se préserver, de se sauvegarder dans l'avenir. Cette vérité, il a tout intérêt à la connaître; notre devoir se trouve donc tout tracé.

2° En second lieu, il vous incombera de tracer à votre malade une hygiène spéciale, en vue précisément de prévenir les récidives en question.

Quelle est donc cette hygiène? Indépendamment des préceptes généraux de l'hygiène commune, elle consistera surtout, si je puis ainsi parler, en une hygiène *cérébrale*, satisfaisant à cette indication particulière, majeure en l'espèce : l'éloignement de toutes causes susceptibles de créer une excitation morbide pour le cerveau.

Et, parmi ces causes, les principales, les plus nuisibles, à coup sûr, ce sont, de par l'expérience commune :

Au premier rang et par-dessus tout, les excès vénériens;

Les travaux intellectuels, exigeant une tension d'esprit prolongée, une sollicitation d'efforts assidus de mémoire, d'invention, de conception, etc.;

Les excès alcooliques;

Les excès de table, la bonne chère, l'alimentation excessive, excitante;

Les fatigues de tout genre, et surtout les fatigues de nuit, les veilles dépensées soit au travail, soit au plaisir ;

Les émotions morales, préoccupations, inquiétudes, soucis, colère ;

Et même les exercices de corps trop violents (la gymnastique, l'escrime, par exemple), en raison des efforts congestifs qu'ils peuvent déterminer vers l'encéphale.

Rien n'est plus préjudiciable aux convalescents du cerveau que l'excitation du cerveau par telle ou telle de ces causes, et surtout par celle dont nos malades, presque tous jeunes encore, s'abstiennent le moins, à savoir : le coït ou, d'une façon plus générale et plus vraie, l'éréthisme vénérien, sous toutes ses formes.

Bref, ce qu'il faut à ces malades, surtout au moment où leurs derniers accidents viennent à peine de s'éteindre, c'est le repos cérébral, le repos cérébral dans toute sa rigueur et dans tous ses modes.

Aussi, messieurs, conseil majeur, auquel j'attache la plus grande importance, parce que j'ai vu maintes fois la dérogation à ce précepte être suivie des plus lamentables catastrophes, aussi, dis-je, quand vous aurez été assez heureux pour amener à guérison un malade affecté de telle ou telle forme grave de syphilis cérébrale, ne négligez jamais, comme complément indispensable au traitement, d'imposer à ce malade une longue convalescence, et une convalescence d'un genre spécial. Gardez-vous de le renvoyer aussitôt à ses affaires, à son travail, à ses plaisirs, aux préoccupations, aux soucis, aux émotions, à la turbulence de la vie mondaine, etc. Bien loin de là ! Prescrivez-lui, imposez-lui (je reprends le mot à dessein), imposez-lui avec l'autorité de votre caractère un stage préalable de *far niente*, absolument nécessaire pour consolider le résultat obtenu. Et dites-lui impérativement ceci : « Vous voilà guéri, c'est parfait. Mais vous n'êtes pas encore suffisamment guéri pour que je vous rende votre liberté. Je ne réponds de votre complet rétablissement qu'au prix d'une longue convalescence. Impossible pour l'instant de reprendre vos occupations, votre vie habituelle. Travail et plaisirs vous seraient également nuisibles. Ce qu'il vous faut actuellement, c'est aller reposer votre cerveau. Donc, partez à la campagne, et là ne faites rien ; flânez, paressez. Plusieurs mois d'une vie calme et oisive ne seront pas de trop pour confirmer votre guérison. »

Et, en effet, messieurs, j'en ai aujourd'hui, par expérience

personnelle, la ferme conviction, les récidives de la maladie ne sont évitées, quand elles peuvent l'être, que par un long stade de repos cérébral, de chômage intellectuel (passez-moi l'expression), consécutivement à la guérison apparente des accidents.

Tels sont, messieurs, les préceptes généraux qui doivent, à mon sens, servir de base au traitement des affections syphilitiques du cerveau.

Institué et dirigé de la sorte, ce traitement, soyez-en sûrs, vous fournira souvent de réels et inestimables succès.

Il réalisera, en tout cas, ce que nous pouvons faire de mieux contre la redoutable maladie que nous venons d'étudier, ce que nous pouvons faire de mieux quant à présent, dans l'état actuel de nos connaissances et avec les ressources thérapeutiques dont nous disposons.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du massage dans l'entorse (1);

Par le docteur BÉRENGER-FÉRAUD, médecin en chef de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.

Auquel de ces deux procédés conseillerons-nous de recourir ? Je réponds aussitôt au *second*, et, en effet, depuis de longues années, j'ai érigé un principe dans ma pratique que dans l'entorse il faut se tenir très soigneusement en deçà de la limite de la douleur, il faut que les manipulations soient à peine un peu sensibles. Toute la pratique du massage serait donc implicitement contenue dans cette phrase : « Etant donnée une partie dont le moindre ébranlement est douloureux, arriver, par des efforts parfaitement ménagés, à lui faire exécuter sans douleur tous les mouvements physiologiques. » Ai-je besoin de justifier ma manière de voir, de prouver la supériorité de la méthode qui se base sur la sensibilité du sujet relativement à celle qui ne tient pas un compte absolu de cette sensibilité? Ce n'est presque pas nécessaire et, en effet, quand il y a, toutes choses égales d'ailleurs,

(1) Suite et fin. Voir le numéro précédent.

un moyen de guérir sans faire souffrir, il faut l'employer de préférence à un autre qui serait douloureux. Ce n'est que quand il est impossible de faire autrement que nous devons imposer au patient des mouvements que nous redouterions pour nous-mêmes. Il y a quelque chose de plus que cette pensée philanthropique, c'est que dans le cas, par exemple, où il existerait quelque chose de plus qu'une entorse dans une articulation douloureuse, une fracture, un arrachement tendineux, une tendance de l'inflammation de la synoviale ou des parties périphériques, on est parfaitement sûr de ne pas faire plus de mal que de bien en se tenant toujours au-dessous de la douleur.

Modus faciendi recommandé. — Je crois nécessaire de dire, en détail, comment je suis d'avis qu'on se comporte quand on entreprend de masser une entorse, car c'est en indiquant bien clairement la manière de faire qui a réussi, qu'on met ceux qui débutent dans les meilleures conditions pour obtenir un succès, dès le premier essai qu'ils feront de la méthode. Supposons qu'il s'agisse d'une entorse du pied. Dès qu'on est auprès du blessé, et notons en commneçant que plus le massage est rapproché du moment de l'accident, moins long est le traitement, on le fait asseoir sur une chaise, s'il était levé, on s'assied soi-même en face et on fait poser le pied malade sur les genoux. Si au contraire le sujet était couché, il suffit de le découvrir et au besoin de le débander pour faire le diagnostic. Ce diagnostic étant établi, c'est-à-dire lorsqu'on a constaté que l'on a affaire à une entorse, légère, moyenne, intense ou compliquée, on procède aux manipulations. On débute par faire sur la face dorsale du pied en allant à la racine des orteils, à la jambe en suivant la direction du tendon des extenseurs, des passes aussi légères que possible avec la pulpe des quatre derniers doigts humectés de temps en temps d'un corps gras, d'huile d'olive par exemple. Ces frottements, qui doivent toujours être dirigés de l'extrémité vers la racine du membre et jamais en sens contraire, sont extrêmement légers, ils commencent assez loin au-dessus de la partie douloureuse et se prolongent assez loin au dessous. Ils ne doivent pas être douloureux, et dans le cas où, malgré leur extrême légèreté, le sujet les trouverait trop pénibles, il faudrait commencer par une autre région, quitte à revenir à la face dorsale quand la sensibilité sera un peu émoussée par le massage.

Peu à peu la pression est augmentée et d'abord la pulpe des

quatre derniers doigts des deux mains, puis celle des deux pouces intervient à mesure que le contact est moins pénible pour le patient. Peu de minutes après le début, en général, on peut appuyer assez notablement sur un endroit qui, primitivement, n'aurait pas supporté le plus léger frôlement sans souffrance. Bientôt après c'est une véritable friction assez forte que l'on pratique en ayant soin de recourir au corps gras pour ménager la peau du patient, qui ne tarderait pas à s'excorier si elle était massée à sec, et la pulpe des doigts sent une sorte d'œdème péri-tendineux que l'on fait remonter peu à peu au-dessus du coude de pied, jusqu'à la portion charnue de l'extenseur des orteils et du jambier antérieur.

A mesure que les contacts sont moins pénibles, on fait exécuter de légers mouvements aux articulations voisines de celles qui sont malades et on arrive ainsi peu à peu à celles où l'entorse a porté le plus directement ses effets. Ces mouvements sont très ménagés ; imperceptibles d'abord, ils vont peu à peu en augmentant, si bien qu'à la fin de la séance il faut prolonger volontiers, la douleur étant toujours très soigneusement évitée, on fait exécuter à la partie tous les mouvements physiologiques dans leur plus grande amplitude.

A certains moments on sent sous les doigts comme de petites nodosités plus ou moins volumineuses, grosses comme une lentille, dirait-on, nodosités fixes d'abord, mobiles ensuite, dont le sujet a conscience et qui donnent une impression de douleur quand on les presse un peu vivement. Il faut passer les doigts avec persistance sur elles en ayant soin de le faire assez légèrement pour ne pas faire souffrir le patient, et cependant il faut les mobiliser peu à peu, d'abord pour les chasser tout doucement, ensuite jusqu'aux portions charnues des muscles extenseurs des orteils et du tibia antérieur.

Au bout d'un temps qui varie entre une et cinq minutes, la friction peut être faite avec une force de plus en plus grande et bientôt une forte pression ne provoque plus de douleur sensible. C'est le moment de laisser cette partie du pied pour masser, soit la partie plus externe soit la partie interne, en passant alors le long du bord du pied jusqu'à la malléole qu'on contourne de manière à suivre soit le trajet des tendons des péroniers, soit celui des muscles de la région jambière postérieure. On agit pour chacune des régions, comme je l'ai dit précédemment, allant du

frottement le plus léger à la friction vigoureuse, ayant pour guide l'impression causée par le sujet et prenant grand soin de ne pas heurter de front une éminence osseuse.

Combien de temps doit durer la séance du massage dans une entorse? Cette question a été agitée et résolue dans divers sens par les auteurs qui ont écrit sur la pratique qui nous occupe. Ribes et Bonnet, de Lyon, parlent d'une à quatre heures de massage, Servier une à trois heures, Quesnoy une demi-heure à une heure et demie, Riset une demi-heure seulement. Mais je crois qu'on donnerait une idée incomplète de l'opinion de chacun, si on n'entrait pas dans des spécifications plus précises. Il est à remarquer que les chirurgiens qui ont conseillé de très longues séances de massage avaient en vue la guérison immédiate de l'entorse. Ils ont pensé qu'on devait masser une articulation forcée tant que le malade éprouvait quelque gêne dans les mouvements, et alors une seule séance devait suffire dans la majorité des cas, une seconde et surtout une troisième séance devaient très rarement être indiquées. Ces chirurgiens, se rapportant à ce qu'on affirme de la pratique des rebouteurs qui guérissent en une fois d'une manière complète, ont voulu ne pas faire moins vite qu'eux. Mais notons d'abord qu'il y a à rabattre beaucoup ici de l'exagération qu'un vulgaire crédule aime à mettre dans les récits des merveilles obtenues en dehors des moyens et des hommes de la science médicale. Les rebouteurs n'ont guéri jamais en une seule séance que des entorses très légères; pour peu que l'accident fût sérieux, ils ont été obligés de revenir deux, trois, cinq et quelque fois jusqu'à dix reprises différentes.

Pour ma part, je me range absolument dans la catégorie de ceux qui ne font pas, au début surtout, des séances d'une longueur exagérée, et si dans quelques cas il m'est arrivé de n'abandonner une articulation que lorsque j'avais poursuivi avec une persévérance extrême tout sentiment de douleur et même de gêne par des frictions et des mouvements prolongés, le plus souvent j'ai partagé des efforts thérapeutiques en plusieurs séances. Je crois que cette conduite doit être imitée de préférence à l'autre; en effet elle est à peine un peu plus lente à obtenir la guérison dans les cas qui réussissent, mais elle est infiniment plus sûre, surtout elle est toujours inoffensive et par conséquent elle est plus prudente, plus chirurgicale, si je puis m'exprimer ainsi.

Il est très fréquent de voir que la douleur que le malade res-

sentait au moindre ébranlement de son articulation, est entièrement calmée à la fin de la première séance du massage, le sujet remue son membre forcé avec une agréable surprise et se croit fermement guéri dès lors. Mais il est fréquent aussi que cette douleur vienne peu à peu à mesure que les heures s'écoulent, de telle sorte que le soir, si on a fait le premier massage le matin, le lendemain si on a commencé le soir, les mouvements sont presque aussi pénibles que la veille. Une nouvelle séance de massage produit de nouveau un bon effet et très généralement le soulagement est définitif cette fois. Si la douleur reparaissait, une troisième ou une quatrième opération finirait par en avoir raison.

Quand les manipulations sont terminées, on applique un bandage contentif. Le sujet indique bientôt lui-même au chirurgien le soulagement qu'il éprouve de cette application ; on dirait que l'articulation, mieux maintenue par ce bandage extérieur, se meut plus facilement avec lui que lorsqu'elle est en liberté. Quelques praticiens emploient divers liquides résolutifs; j'ai voulu, pour ma part, essayer tous ceux qui sont venus à ma connaissance et, après maintes expériences comparatives, j'en suis arrivé à ne mettre en usage que le bandage roulé sans aucun topique. Je ne soutiendrais pas que ces divers liquides ou onguents peuvent être nuisibles, mais j'affirme volontiers très résolument qu'ils sont inutiles. On comprend que si je porte un pareil jugement sur l'eau-de-vie camphrée, l'alcool vulnéraire, l'eau blanche, les divers baumes et épithèmes, je dois trouver que les cataplasmes froids, les irrigations continues sont contre-indiqués dans les cas qui nous occupent, c'est-à-dire quand l'entorse n'est pas poussée à l'extrême et compliquée de fortes déchirures ligamenteuses ou de fractures des os.

Faut-il rester au repos dans l'intervalle des séances de massage ? Telle est la question qu'on ne manque pas de poser aux chirurgiens, et à laquelle je réponds catégoriquement de la manière suivante : Immédiatement après le massage, il faut essayer de se servir de l'articulation forcée, et si son jeu n'est pas trop douloureux, il faut continuer à la faire mouvoir. C'est ainsi que si l'entorse siége au pied par exemple, le sujet sera invité à marcher dans la limite du possible, ne devant rester couché et *à fortiori* avec son membre dans l'immobilité que lorsque les mouvements sont assez douloureux pour faire de la marche des

exercices très pénibles. N'oublions pas de rappeler au praticien qu'une articulation entorsée, laissée dans l'immobilité absolue, dans l'intervalle de deux massages n'a pas progressé bien sensiblement. Il faut donc que le malade se serve de son articulation dans la limite de la douleur entre les manipulations des chirurgiens ; je ne saurais trop appeler l'attention sur ce point.

J'ai vu des praticiens, qui voulaient se faire une opinion, exécuter très consciencieusement le massage, puis immobiliser les membres jusqu'à leur retour et déduire de l'analyse de plusieurs observations que le massage est inoffensif, mais inutile, n'abrégeant pas la durée de la maladie. Je ne crains pas de leur affirmer qu'ils arriveront à des résultats tout à fait différents s'ils ont soin de faire marcher le sujet dans la limite du possible, c'est-à-dire de la douleur dans l'intervalle de leur intervention.

Une des raisons qui font que le massage n'est pas entré jusqu'ici plus largement dans la pratique, c'est le temps que son usage prend au praticien, et en effet celui d'entre eux qui aurait à soigner seulement quatre entorses par jour, serait obligé de faire trois ou quatre heures d'un travail dur et fatiguant comme celui d'un manœuvre ; aussi trouve-t-on plus commode de prescrire le repos et les résolutifs pendant trois semaines, que le massage pendant quatre ou six séances. Préoccupé de cette idée, je me suis attaché depuis de longues années à faire pratiquer le massage par des gens du vulgaire chez les malades que j'ai eus à soigner. Chez l'un c'est un parent, chez l'autre c'est un ami, un domestique ; dans les hôpitaux c'est un infirmier ou un autre malade que j'ai chargé de ce soin. Il me suffit de masser le sujet pendant dix minutes devant la personne qui doit pratiquer le massage pour que son apprentissage soit fait. Faut-il en effet plus de temps pour montrer et faire comprendre au moins intelligent dans quelle direction sont les tendons, les saillies osseuses, dans quelle amplitude les mouvements doivent être provoqués, les pressions, les malaxations doivent être faites ? Sans doute un masseur novice ne réussit ni aussi bien ni aussi vite qu'un opérateur consommé ; il est indiscutable qu'ici comme ailleurs l'habileté manuelle de celui qui sait depuis longtemps, donne de meilleurs résultats que les efforts d'un débutant ; mais néanmoins pour guérir un peu plus lentement, le massage pratiqué par le premier venu, vaut encore mieux que les moyens dits classiques jusqu'ici du traitement de l'entorse.

Dans un travail de longue haleine, que je prépare depuis de ongues années, sur l'entorse et que les obligations de mon service militaire ne m'ont pas permis encore de terminer, je suis arrivé à trouver, en analysant plus de quatre cents entorses traitées par le massage, que la durée du traitement avait été, en moyenne, huit jours en chiffres ronds. Au contraire, l'analyse d'un nombre à peu près égal d'entorses traitées par les moyens ordinaires, c'est-à-dire les résolutifs, le froid, les bandages manovibles, m'ont fourni une moyenne de vingt-cinq jours de traitement. N'oublions pas de dire que dans un cas comme dans l'autre les faits où la guérison n'avait pas été obtenue d'une manière complète après un temps assez long, sont exceptionnels, mais ne sont cependant pas extrêmement rares, car on sait combien, chez les individus scrofuleux, strumeux, rachitiques, l'entorse est souvent la source d'accidents divers qui ne sont imputables à aucun mode de traitement, mais bien au contraire et seulement à la mauvaise constitution de l'intéressé.

Si la moyenne de la durée du traitement de l'entorse par le massage est de huit jours, et qu'elle soit de vingt-cinq pour les autres modes de traitement, nous sommes autorisé à dire que le massage abrége la durée du traitement des deux tiers. Et certes, bien que nous soyons ainsi très au-dessous des chiffres que la crédulité publique prête à l'efficacité du massage entre les mains des rebouteurs, il faut encore considérer le moyen thérapeutique qui nous occupe comme une heureuse inspiration de l'esprit humain, on peut le regarder par conséquent avec faveur. N'oublions pas d'ajouter que le massage pratiqué avec grand soin par un opérateur devenu quelque peu habile par l'expérience que donne la pratique du moyen thérapeutique, guérirait probablement en quatre jours de traitement en moyenne, et par conséquent on voit que la proportion que nous donnons d'un à trois pourrait être accrue au besoin.

Conclusions — Pour réunir en quelques mots ce que nous avons cherché à montrer dans le travail actuel, je dirai que l'utilité du massage est incontestable. Cette utilité est du premier ordre, à proprement parler, puisque le moyen thérapeutique en litige est capable d'abréger, dans la proportion de trois à un, la durée de l'invalidation des individus. Son emploi est absolument dénué de tout danger et de tout inconvénient, disons même, entre des mains quelque peu prudentes. L'opération n'est pas

difficile à pratiquer et on peut, en une seule séance, faire l'apprentissage du premier venu de bonne volonté.

Le massage, qui guérit parfois avec une rapidité qu'on pourrait appeler merveilleuse les entorses, est applicable aux foulures simples, récentes, légères; comme aux compliquées, anciennes, intenses et son *modus faciendi* peut être spécifié en ces quelques mots : *Frictionner la partie, en allant de l'extrémité vers la racine du membre, dans des gaines tendineuses ou des fibres musculaires en tenant le sujet à la limite de la douleur, et en faisant exécuter des mouvements à l'articulation malade de manière à ce qu'à la fin de la séance elle accomplisse sans peine tous les mouvements physiologiques dans leur plus grande amplitude.*

Je terminerai ce mémoire, comme les précédents, par ces mots : que les praticiens essayent le massage une fois seulement avec soin et d'après les indications que je viens de donner ; je leur promets qu'ils seront bientôt convertis aux idées qu'après nombre de nos prédécesseurs je cherche à faire prévaloir sur ce point de la thérapeutique chirurgicale.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des accidents qui peuvent survenir chez les morphiomanes; morphinisme et traumatisme (1);

Par M. le docteur L.-Henri Petit,
sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

I. — De la suppression brusque de l'usage de la morphine.

Un des auteurs qui ont le mieux étudié le morphinisme chronique et son traitement, Levinstein, se prononce pour la suppression brusque de la morphine, de préférence à la diminution progressive des doses injectées. Il n'a jamais observé d'accidents graves à la suite de cette manière de faire.

A New-York, où l'abus des injections de morphine a pris une telle extension, qu'on a dû établir un hôpital spécial pour les morphiomanes, on supprime brusquement aussi l'usage de l'opium, et cependant on n'a pas non plus observé d'accidents graves.

---

(1) Suite, voir le numéro précédent.

Tout d'abord, le malade a de l'agitation, de l'insomnie; mais peu à peu ces accidents se calment, et le malade rentre dans l'équilibre physiologique (1).

M. Calvet, au contraire, est d'avis, et en cela il adopte l'opinion de son maître M. Desnos, qu'il vaut mieux déshabituer peu à peu les malades de la morphine, comme on fait pour les alcooliques qu'on veut ramener à la tempérance. Toutefois, il ne cite dans sa thèse que des faits qui seraient favorables à la suppression brusque.

Dans son observation IV, p. 68 de sa thèse, bien que la quantité de morphine administrée, soit en injections soit en suppositoires, n'eût pas dépassé 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures, cependant la malade, atteinte de cancer très douloureux du sein, présentait au bout de deux mois tous les phénomènes de l'intoxication chronique par la morphine.

La suppression brusque du médicament, résolue par suite de changements favorables survenus dans l'affection du sein, ne fut suivie d'aucun accident. Au contraire, l'appétit et les forces commencèrent à revenir au bout de cinq ou six jours, et, fait très important à noter, la peau de la face perdit sa teinte terreuse et devint simplement pâle.

Dans l'observation VI, p. 75, le malade, au bout de deux ans, était arrivé à s'injecter jusqu'à 2 grammes 50 de chlorhydrate de morphine par jour. Au bout de deux ans de ce régime il était tombé dans un état de cachexie nerveuse qui faisait craindre pour sa raison et même pour son existence. Le médecin, M. Siredey, voyant que tous les conseils étaient impuissants, se résolut, en désespoir de cause, à dire confidentiellement à l'entourage du malade, mais de façon à être entendu de lui, que la vie n'était pas longtemps possible dans de telles conditions, et qu'il mourrait dans peu de jours, s'il ne renonçait à s'épuiser par la diète et à s'empoisonner par l'opium.

« Frappé de ce sombre pronostic, le malade changea immédiatement sa manière de vivre. Dès le lendemain il demandait à manger et, sans le moindre trouble digestif, absorbait un litre de lait avec huit jaunes d'œufs, plusieurs tasses de consommé, et quelques jours après une tasse de lait, avec deux œufs le matin, un potage à dix heures, un beefsteak (haché) à une

(1) *Bull. de Thér.*, 30 janvier 1879, p. 88.

heure, un potage à quatre heures ; le soir, viande, légumes et dessert ; mais il ne voulait pas de vin ; notons cependant un peu de diarrhée, qui cessa vite par une faible diminution de la quantité des aliments. La morphine fut complètement supprimée et remplacée par le chloral (5 grammes une ou deux fois par jour en potion ou en lavement), qui détermina toujours un sommeil de quatre ou cinq heures. »

L'etat général s'améliora rapidement sous l'influence de ce changement de régime.

Je crois donc, d'après ces faits, qui sont de beaucoup les plus communs, que les accidents signalés par M. Braithwaite se montrent très rarement et qu'on ne peut s'appuyer sur ce seul exemple pour rayer définitivement de la pratique la privation brusque de la morphine dans le traitement du morphinisme chronique.

Ce mode de traitement est toutefois d'une application assez difficile, comme l'ont démontré les travaux de Levinstein. Il faut souvent lutter contre la volonté et la ruse du malade, qui par tous les moyens possibles s'efforce de se procurer le médicament dont on veut le priver; et pour cela on a besoin d'un personnel tout particulier et d'une installation spéciale permettant de séquestrer complètement le morphiomane.

Dans la clientèle de ville on est obligé de renoncer à ce moyen et d'avoir recours à la diminution graduelle de la morphine; et encore échoue-t-on le plus souvent, car on a rarement affaire à des personnes douées d'une volonté assez ferme pour rompre définitivement avec une habitude aussi tyrannique que celle dont il s'agit.

II. — Accidents inflammatoires chez les morphiomanes.

Ces accidents sont relativement rares, si l'on considère l'immense extension qu'a prise la pratique des injections sous-cutanées de morphine.

Tantôt ils succèdent directement à des piqûres, comme dans l'observation précédente, tantôt ils ont lieu dans des points vierges de toute piqûre. Enfin, les plaies faites dans des régions également éloignées du siège habituel des injections pourraient être atteintes de complications inflammatoires graves.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

Un cas d'éclampsie puerpérale ; guérison.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

La femme G..., âgée de quarante-trois ans, de constitution moyenne, ayant eu huit enfants, a présenté, durant les derniers mois de sa grossesse, des diarrhées répétées, puis sont survenus de l'œdème au niveau des malléoles, de la bouffissure à la face.

Le 18 novembre, vers une heure du soir, elle accouche d'une fille assez vigoureuse ; la délivrance se fait régulièrement. Deux heures plus tard, la femme G... est prise de vomissements presque incessants, qui cédèrent brusquement à l'emploi de la potion de Rivière. C'est alors qu'éclata une première attaque d'éclampsie.

Appelé aussitôt, je trouvai la malade très pâle, très absorbée, répondant cependant aux questions que je lui adressais. J'étais depuis quelques minutes près d'elle quand survint une deuxième attaque. La face, du côté droit surtout, est le siége de convulsions cloniques (tête en supination, paupières battant convulsivement, globes oculaires fixes, bouche contractée laissant échapper une salive mousseuse). Le tronc, les membres sont agités de soubresauts convulsifs, saccadés (avant-bras dans la pronation forcée, pouces maintenus pressés sous les autres doigts). Cette attaque eut une durée de plusieurs minutes.

Prescription : 4 sangsues aux apophyses mastoïdes ; on devra laisser couler le sang toute la nuit. Potion contenant 6 grammes d'hydrate de chloral à faire prendre par cuillerée chaque heure ; sinapismes aux extrémités inférieures.

Le 19, au matin, il y a eu quatre autres attaques dans la nuit, la dernière a eu lieu environ deux heures avant ma visite. Pouls fréquent, facies terreux ; coma, dont on ne peut faire sortir la malade qu'en la pinçant fortement, elle pousse alors de petits cris plaintifs, puis retombe dans sa torpeur.

Prescription : nouvelle potion contenant 4 grammes de chloral (une cuillerée chaque heure) ; potion cordiale au vin de Malaga et à l'eau de menthe ; poudre composée de calomel et jalap, ââ 50 centigrammes à faire prendre en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Chocolat, bouillon.

Le 19, au soir, coma profond. L'aspect du facies fait craindre une mort prochaine. Pouls accéléré, peau brûlante. C'est à grand'peine si, à l'aide de pincements énergiques, on obtient de la malade la plus faible plainte.

Prescription : 8 sangsues à la partie interne et supérieure des cuisses ; potion au vin de Malaga et à l'eau de menthe ; sinapismes.

Le 20, les sangsues ont donné lieu à un écoulement de sang, qui a duré une partie de la nuit.

Actuellement la connaissance et la parole sont revenues. La femme G... est seulement très accablée. Les couleurs de la vie ont un peu reparu au visage. Pouls très faible, non fébrile.

Prescription : lavement au séné et au sel marin. Bouillon, vin, chocolat.

Le soir, connaissance et parole meilleures. Pas de fièvre. Odeur infecte des lochies. La malade a uriné. Pas de selles depuis l'accouchement.

Prescription : huile de ricin, 20 grammes pour le lendemain matin ; injections vaginales d'eau de camomille légèrement phéniquée.

Le 29, la malade allaite son enfant. Un peu de fièvre. Le purgatif a agi.

Le 22, vu la persistance d'un petit état fébrile, et l'apparition d'une diarrhée légère, je prescris 1g,20 de sulfate de quinine à faire prendre en deux jours, et une potion contenant quelques grammes de sous-nitrate de bismuth.

Après des alternatives de fièvre et d'apyrexie, la malade est aujourd'hui complètement remise. L'examen des urines ne révèle pas trace d'albumine.

J'appellerai l'attention sur l'arrêt subit des vomissements consécutifs à l'administration de la potion de Rivière, et coïncidant avec l'explosion des accidents convulsifs. Eu égard à l'excès d'urée et des matières extractives dans le sang, la brusque privation d'un émonctoire par la voie stomacale ne fut-elle pas malheureuse et ne prépara-t-elle pas le terrain aux convulsions réflexes ?

Maintenant, auquel des divers agents employés convient-il d'attribuer la guérison ? Si l'on adopte la théorie de M. le professeur Bouchut (*Union médicale*, 1873, nº 124), les émissions sanguines, les drastiques auraient agi en combattant l'urémie et la suffusion séreuse des méninges.

Si l'on se range à l'opinion de M. le professeur Vulpian, qui regarde l'éclampsie comme une névrose d'origine réflexe, le chloral surtout aurait détourné le péril.

Mais peut-être ces deux théories, nullement incompatibles, expriment-elles en commun toute la pathogénie de l'éclampsie. On pourrait dès lors admettre que la guérison fût, dans le cas présent, justiciable de l'ensemble de notre médication. Ici le chloral fut employé après la délivrance.

Or, dans la plupart des guérisons avec le chloral publiées depuis 1872, les conditions d'époque étaient les mêmes. Cet agent serait-il donc moins avantageux au début et dans le cours du travail ? On serait porté à le croire, surtout si l'on se rappelle que M. le docteur Martineau a signalé (*Gazette des hôpitaux*, 1873, nº 31) les propriétés amyosthéniques du chloral sur la matrice. En enrayant les contractions utérines pendant le travail, il s'opposerait, s'il en est ainsi, aux effets de l'indication principale, qui est bien de favoriser l'accouchement.

Pour ma part, la seule fois que j'employai le chloral dans un cas d'éclampsie survenant avant l'expulsion du fœtus, je vis les convulsions ne pas être enrayées, et la malade mourut ; il s'agissait alors d'un *accouchement* avant terme.

D[r] BONAMY,
Médecin suppléant des hospices de Nantes.

Nantes, le 23 décembre 1878.

BIBLIOGRAPHIE

Thérapeutique oculaire du docteur DE WECKER, leçons recueillies par le docteur Masselon, revues par le professeur; 2e partie. Paris, Octave Doin, éditeur.

M. de Wecker vient de faire paraître la deuxième partie de son ouvrage sur la *Thérapeutique oculaire*.

Dans ce nouveau volume, nous retrouvons les mêmes qualités que dans le précédent (1) : originalité, recherche incessante du progrès.

Tout d'abord, un long chapitre est consacré à l'étude des diverses variétés de cataractes. Pour les cataractes zonulaires, pyramidales, pour toutes celles, en un mot, qui ont pour caractère fondamenlal de rester stationnaires, M. de Wecker repousse avec raison l'extraction qui prive l'œil d'une de ses facultés les plus précieuses, l'accommodation, et recommande de s'en tenir à l'iridotomie ou à l'iridectomie.

L'iridotomie, il est vrai, donne une pupille idéale aussi étroite que possible, puisque l'iris n'est que fendu et non excisé ; mais le maniement des ciseaux-pinces, le cristallin étant en place, exige beaucoup de dextérité et n'est pas toujours sans danger. Aussi, M. de Wecker propose-t-il en pareil cas de remplacer l'iridotomie par l'iridectomie exécutée de la façon suivant e:

On pratique une toute petite ouverture à la cornée au moyen d'un étroit couteau lancéolaire à arrêt, puis on le retire vivement, de façon à ce que l'humeur aqueuse s'échappe brusquement en refoulant l'iris entre les lèvres de la plaie, on saisit alors le bord pupillaire avec de fines pinces, on en excise une petite portion en forme de V d'un coup de ciseaux, et on fait rentrer le reste du prolapsus dans la chambre antérieure au moyen de la spatule en caoutchouc.

La pupille ainsi obtenue est presque comparable à celle que donne l'iridotomie.

Les chapitres suivants renferment quelques pages intéressantes sur les cataractes incomplètes. Nous sommes absolument du même avis que M. de Wecker, quand il soutient, preuves en main, du reste, qu'avec les méthodes opératoires et l'outillage que nous possédons ac-

---

(1) Voir notre compte rendu dans le *Bulletin de thérapeutique* du 15 août 1878.

tuellement, nous sommes en mesure d'opérer avec succès les cataractes incomplètes à marche très lente.

Nous sommes moins d'accord avec lui quand il recommande les instillations d'ésérine avant et après l'extraction, afin de favoriser le retrait de l'iris et d'éviter son enclavement dans les angles de la plaie. Nous croyons qu'il y a tout avantage à laisser en repos et dans ses conditions naturelles un œil qui vient de supporter un traumatisme, et à ne recourir à des instillations d'un collyre quelconque que s'il y a indication formelle. A ce propos, nous dirons franchement que M. de Wecker nous semble faire la part trop belle à l'ésérine au détriment de l'atropine.

Déjà, en parlant du traitement des kératites, j'avais exprimé des réserves formelles à ce sujet; depuis, l'observation clinique n'a fait que me confirmer dans mon opinion. Dans plusieurs formes de kératites, j'ai essayé l'ésérine sans parti pris, avec toute la confiance que doit inspirer la recommandation d'un clinicien aussi expérimenté que M. de Wecker, et néanmoins je dois avouer que parfois l'influence de ce médicament ne s'est pas montrée favorable, et j'ai dû revenir à l'atropine. Je persiste également à croire que l'atropine reste encore un médicament excellent, ne pouvant être actuellement remplacé par aucun autre quand il s'agit de combattre les irido-choroïdites qui éclatent parfois soudainement et spontanément quelques jours après l'opération de la cataracte, alors que tout semblait déjà aller pour le mieux.

Une leçon tout entière, et certes des plus intéressantes, est consacrée à l'iridotomie dans les cataractes secondaires et dans l'occlusion pupillaire. L'iridotomie, pratiquée selon les indications données par M. de Wecker et au moyen des pinces-ciseaux, imaginées par lui, est incontestablement une des plus brillantes conquêtes de la chirurgie oculaire moderne. Malgré les quelques objections qu'elle a nécessairement soulevées, comme tous les progrès thérapeutiques, cette opération désormais classique, restera et rendra la vue à bien des malades chez lesquels toute autre tentative opératoire eût fatalement échoué. M. de Wecker a soin de nous signaler les perfectionnements apportés à son œuvre, il décrit les nouvelles pinces-ciseaux, dont l'une des branches est pointue, de façon à pouvoir pénétrer directement sous les fausses membranes sans qu'il soit nécessaire de les perforer au préalable avec l'extrémité du couteau lancéolaire. Il s'empresse de reconnaître l'importance capitale de la recommandation de Green, qui a conseillé, le premier, de faire porter la section perpendiculairement au sens de traction des fibres de l'iris. C'est là, en effet, une condition presque indispensable au succès de l'iridotomie. Mais, quand l'iris et les fausses membranes ne sont tendues dans aucun sens, que faire? Un simple coup de ciseaux-pinces donné en travers ne suffit plus, car, au lieu d'une boutonnière qui s'élargit, il ne se forme qu'une mince fente dont les lèvres restent presque en contact et ne tardent pas à se réunir. Eh bien, ces cas dans lesquels l'iridotomie elle-même a échoué, ne sont pas encore au-dessus des ressources de l'art, et M. de Wecker nous donne les moyens d'en triompher. Avec un couteau lancéolaire dont la lame est suffisamment longue, il pénètre dans la cornée et traverse ensuite la fausse membrane elle-même en plongeant le couteau assez profondément pour y pratiquer une incision suffisamment

grande ; cela fait, il introduit les pinces-ciseaux dans les angles de la plaie, de manière à pouvoir donner deux coups de ciseaux qui convergent vers le bord opposé de la cornée et circonscrivent un triangle dont la base est représentée par la section transversale produite au moyen du couteau à arrêt dans le diaphragme iridien. Ce triangle, ainsi isolé et doublé des fausses membranes qui ont été sectionnées simultanément, est alors amené au dehors au moyen de pinces pupilles ordinaires.

Les maladies du fond de l'œil, rétinites, névrites, se prêtent peu à une thérapeutique spéciale, car elles relèvent presque toujours d'un état morbide qui frappe l'organisme tout entier et qui réclame, par conséquent, un traitement général. Néanmoins, toutes ces affections qui nous sont révélées par l'ophthalmoscope, et dont l'importance séméiologique n'échappe à personne, sont étudiées avec soin, et M. de Wecker fait les plus louables efforts pour tâcher d'élucider la question, toujours si obscure, de leur pathogénie.

Dans les strabismes qui dépendent de l'insuffisance d'un muscle, il est évidemment plus rationnel, pour rétablir l'équilibre, d'augmenter la force de ce muscle, que d'affaiblir la puissance normale de son antagoniste.

Théoriquement, cette manière de faire paraissait être la seule rationnelle ; pratiquement, les difficultés opératoires de l'avancement musculaire faisaient hésiter bien des chirurgiens. Aujourd'hui, grâce à l'ingénieux crochet double imaginé par M. de Wecker, crochet qui permet de saisir le muscle détaché et de le maintenir en main, l'opération de l'avancement musculaire ne pourra que se vulgariser et rendra les plus grands services.

L'ouvrage se termine par des considérations très pratiques sur le choix des verres correcteurs dans les anomalies de l'accommodation.

Nos félicitations à M. Masselon, collaborateur aussi modeste que distingué de M. de Wecker. Son style net, sobre, est bien réellement celui qui convient à la littérature scientifique. Ch. ABADIE.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 3 et 10 février 1879 ; présidence de M. Daubrée.

Sur les principes qui donnent au sarracenia purpurea ses propriétés thérapeutiques. — Lettre de M. F. HETET.

En analysant le *sarracenia purpurea*, sorte de népenthès du Nord-Amérique, qui est employé depuis quelque temps dans le traitement des affections rhumatismales et goutteuses, l'auteur a pu constater plusieurs principes, et particulièrement une matière alcaline, dont les caractères sont identiques à ceux de la vératrine. Il trouve aussi une amine signalée par Dragendorff, mais sans détermination, et une autre substance alcaline, soluble dans l'eau, sur laquelle il n'ose encore se prononcer. Du reste, l'auteur continuera cette étude.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 4 et 11 février 1879; présidence de M. RICHET.

Optique. — M. le docteur PROMPT lit une note sur une illusion d'optique.

« Il y a, dit l'auteur, beaucoup de figures qui donnent lieu à des illusions d'optique; mais on n'en connaît pas jusqu'ici qui donnent lieu à une illusion irréductible, c'est-à-dire à une illusion qui persiste, quelle que soit l'échelle de la figure, quelle que soit la manière de la varier, quelle que soit la distance à laquelle on regarde, etc.

« Voici le moyen qu'il propose d'obtenir une illusion de ce genre. Qu'on dessine un losange dont la grande diagonale soit dix fois plus longue que la petite, et neuf autres losanges pareils au-dessous. On pourra ensuite ombrer ces losanges, pour rendre l'effet plus apparent ; on aura une figure carrée qui cependant paraîtra plus longue que large. »

« L'auteur se réserve de démontrer plus tard les propriétés de cette figure qui tiennent à un effet de perspective.

Etude sur le climat des côtes de la Chine et les conditions sanitaires des concessions européennes. — Note de M. le docteur DURAND-FARDEL.

Cette étude, dont les éléments ont été recueillis par l'auteur dans un voyage fait récemment en Chine, comprend toute la région des côtes de la Chine qu'occupent les ports ouverts au commerce étranger par le traité de Nanking (1842) et celui de Tientsin (1858), dépassant un peu au Nord le 40e degré de latitude et au Sud le 25e degré, depuis le golfe du Tonking jusqu'à celui de Petchely.

Il est nécessaire de distinguer le climat « atmosphérique », celui qui résulte des conditions générales et des influences lointaines de l'atmosphère, et le climat « tellurique », lequel dépend des conditions du sol, susceptibles elles-mêmes d'être transformées en bien ou en mal par le travail, les habitudes ou la négligence de l'homme.

Les conditions propres au climat atmosphérique des côtes de la Chine paraissent très simples. Pendant une partie de l'année, correspondant à notre hiver, règne la mousson nord-nord-est, et, durant l'autre partie, la mousson sud-ouest. La première apporte les vents de terre, froids, de la Sibérie, de la Mongolie, des régions de steppes et de montagnes, vents secs et salubres. La seconde apporte les vents marins, chauds et humides, de l'équateur et des tropiques. Ces derniers ne paraissent pas transmettre, plus que les précédents, de miasmes ou de principes nuisibles, mais ils portent avec eux une chaleur particulièrement énervante et anémiante, qui rend la saison chaude partout difficile à supporter pour les Européens.

Les conditions du climat tellurique sont beaucoup moins simples. Les concessions sont toutes situées sur le bord de la mer ou de grandes rivières, à peu de distance de leur embouchure, sur des terrains d'alluvion très bas, d'une extrême humidité, facilement submersibles. En outre, partout à l'entour d'elles, le sol cultivable est parcouru par un nombre infini de cours d'eau, naturels ou artificiels, ruisseaux, fossés ou canaux, servant de routes de transport ou de commerce, ou utilisés pour l'irrigation ou la submersion méthodique des cultures. Les campagnes sont en outre parsemées de cercueils ou de sépultures à fleur de terre; les cadavres, il est vrai, sont toujours ensevelis dans une couche épaisse de chaux. Enfin les champs, comme les jardins, sont incessamment arrosés ou fumés avec les déjections humaines, solides ou liquides, répandues en nature. Les villes, aux portes desquelles sont situées les concessions, sont toutes, par suite de l'encombrement et de l'absence de toute police sanitaire, des foyers d'infection, où règnent fréquemment des épidémies cholériformes, dysentériques, varioliques et rubéoliques très meurtrières.

Cependant, malgré tant de circonstances défavorables, les travaux accomplis par les résidents, de relèvement des terrains, de drainage surtout,

et l'institution d'une police hygiénique très-sévère, ont transformé de véritables cloaques en résidences où se trouvent merveilleusement réunies toutes les conditions exigées par l'hygiène la mieux entendue. Ceci, du moins, est applicable à la majeure partie de ces établissements.

On ne connaît rien de la pathologie de l'intérieur de la Chine. Les observations personnelles de M. Durand-Fardel, ainsi que les documents très-précis qu'il a pu consulter sur les maladies qui sévissent sur les Européens, ne portent donc que sur les établissements du littoral, sauf quelques-uns espacés le long du Yang-Tse-Kiang (fleuve Jaune).

La pathologie, sur les côtes de la Chine, considérée exclusivement dans les ports ouverts aux étrangers (concessions), est dominée par l'anémie ou la malaria.

L'anémie, qui paraît exclusivement due au caractère particulier de la chaleur estivale, ne se fait généralement sentir qu'après un séjour d'une certaine durée. L'acclimatement est toujours facile au début.

La fièvre intermittente franche n'est pas précisément très commune. La pernicieuse est très rare. Mais l'influence malariale se retrouve partout, manifeste ou latente, et doit toujours être considérée dans la marche des maladies comme dans les actions thérapeutiques.

Les maladies hépatiques et intestinales (diarrhée chronique) sont dominantes, mais ne reproduisent en rien l'extrême intensité de celles qui règnent en Cochinchine.

Les maladies aiguës, communes dans nos contrées, se montrent moins et sous des formes plus effacées que chez nous.

Les localités occupés par les résidents étrangers ont montré jusqu'ici une très faible réceptivité soit pour les grandes maladies épidémiques, soit pour les épidémies locales, très fréquentes et très meurtrières, dont sont le siège les côtes indigènes, auxquelles la plupart d'entre elles se trouvent accolées.

En résumé, les conditions de santé des résidents, des enfants comme des adultes, sont beaucoup plus satisfaisantes en Chine que dans la plupart des autres contrées de l'extrême Orient, grâce à des conditions climatériques générales très supérieures et aux efforts combinés de la science et de l'industrie pour améliorer les circonstances climatériques locales sur lesquelles ils avaient prise. Il faut admettre, en outre, que ces dernières pourront être corrigées un jour, au moins en partie, par l'introduction d'une civilisation nouvelle dans ces contrées.

M. Durand-Fardel, après avoir fait remarquer que les relations directes qui commencent à s'établir entre le Céleste Empire et l'Europe nous font un devoir d'étudier sérieusement une contrée à laquelle nous étions jusqu'ici demeurés complètement étrangers, exprime la pensée que les barrières qui nous en ont tenus séparés jusqu'ici, au point de vue social et politique, ne tarderont pas à s'abaisser, et que la Chine est appelée, dans un avenir assez rapproché, à entrer sous tous les rapports dans le concert européen.

Ostéomyélite de l'adolescence et septicémie (suite de la discussion). — M. Trélat parle sur les deux points en discussion : 1° sur le sujet même du travail de M. Lannelongue, l'ostéomyélite de l'adolescence; 2° sur la question que M. Colin a reprise à cette occasion, à savoir la septicémie.

Le nom d'« ostéomyélite de croissance », qui a été proposé par M. Lannelongue et que M. Gosselin repousse, semble à M. Trélat convenir beaucoup mieux pour désigner la maladie en question que le terme de « périostite » ou d'« ostéite épiphysaire » imaginé d'abord par M. Gosselin.

M. Trélat ne croit pas que la diversité des tableaux cliniques doive faire négliger le siège anatomique, qui est la vraie base des classifications bien faites. Il y a tout avantage à ranger ainsi sous une rubrique générale les maladies qui portent sur les mêmes éléments.

Quant à la question de la septicémie, M. Colin a émis d'abord deux propositions qui ne sont pas de lui, puisqu'elles résument les expériences de Gaspard, que personne ne songe à contester. Personne ne conteste que

la septicémie ne puisse naître autrement que par la pénétration des agents infectieux au moyen d'une plaie.

La troisième proposition de M. Colin, au contraire, lui est propre, et celle-là est contestable et contestée. M. Colin soutient que la grande condition pour la septicémie est la mort préalable des éléments anatomiques.

Qu'on remarque d'abord le peu de netteté de cette expression : la grande condition. Que ce soit une condition, soit ; mais est-ce celle qui détermine la condition vraie ?

Est-ce que M. Colin contesterait le rôle des agents septiques dans la putridité ?

M. Colin. Je le conteste.

M. Trélat. Cependant, M. Colin s'exprime de manière à faire supposer qu'il admet ce rôle, au moins dans une certaine mesure. Il dit, en effet, que pour amener la septicémie il faut une quantité un peu considérable de substances putrides, et il semble donner comme caractéristique de la putridité la présence des organismes inférieurs dans les substances qu'il inocule.

L'hypothèse que soutient M. Colin est venue à l'esprit de tout le monde. M. Verneuil l'a exprimée il y a sept ans, quand il a parlé de la « sepsine », poison spécial que les plaies produiraient. M. Colin reprend à peu près le même ordre d'idées, et sans preuve nouvelle, il parle d'éléments désagrégés, de globules, tout prêts pour la putridité, qui se produiraient dans les interstices des tissus entourant les plaies et qui pourraient, soit être versés avec le pus à leur surface, soit être absorbés et servir à la production de la septicémie.

Mais tout cela est dit d'une façon hypothétique dans le cours du mémoire, sans être repris dans les conclusions ; et, en effet, tout cela n'a rien de certain ni d'original. M. Colin donne aux chirurgiens un bon conseil : celui de ne pas se borner à faire la chasse aux germes, mais de s'attacher au traitement des plaies. Si M. Colin était allé voir ce qui se passe actuellement dans les services de chirurgie, il se serait convaincu qu'on y traite les plaies. On les y traite si bien, que l'on a modifié leur aspect habituel, leur sécrétion, leur marche. Sur ce point tout le monde est d'accord. Tous actuellement se préoccupent de la plaie, aussi bien ceux qui acceptent pleinement les idées de M. Pasteur et craignent surtout l'accès des germes atmosphériques que ceux qui repoussent cette théorie et, à l'exemple de M. Le Fort, attribuent la putridité toujours à la contagion, jamais à des germes venus du dehors. Tous prennent les mêmes précautions, tous s'en trouvent bien.

Il est incontestable que l'introduction des germes septiques en petite quantité n'est pas suffisante, à elle seule, pour amener la septicémie indifféremment chez tous les sujets. D'ailleurs, tous les jours, n'arrive-t-il pas que le chirurgien, faisant de larges incisions pour un phlegmon diffus, rencontre des tissus mortifiés en grande partie, des liquides putrides, et que dans de telles conditions il voie guérir une partie de ses malades sans que la septicémie résulte de pareils foyers de putridité? On ne sait donc pas si, même en grande quantité, les germes putrides seraient chez tous fatalement mortels. Mais, ce qu'on sait bien, c'est qu'il en suffit parfois de bien peu pour amener cette septicémie que, chez d'autres sujets, ils ne produiraient pas en quantité beaucoup plus grande. Reste à découvrir le pourquoi.

Elections. — M. Maurice Raynaud est nommé membre de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 5 et 12 février 1879 ; présidence de M. Tarnier.

Amputation de la cuisse avec le thermo-cautère.— M. le secrétaire général lit, de la part de M. Dubreuil (de Montpellier), la relation de quatre cas d'amputation par le thermo-cautère. La première opération

eut lieu chez un malade atteint de gangrène sénile ; les trois artères de la jambe, athéromateuses et calcaires, furent sectionnées sans qu'il y eût écoulement de sang.

Le 1er octobre, M. Dubreuil amputa la cuisse d'une femme de trente-cinq ans, atteinte d'ostéite épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. L'opération dura une heure douze minutes. L'anesthésie nécessita 200 grammes de chloroforme. Un quart d'heure après l'opération, la température était à 36°,4, et baissa jusqu'à 35 degrés le surlendemain. La malade succomba à l'infection purulente.

Trois jours après cette amputation, M. Dubreuil pratiqua la même opération chez une autre femme. Cette opération dura quinze minutes. La malade a guéri.

La dernière opération est une désarticulation de la hanche. Il y eut, chemin faisant, une hémorrhagie inquiétante. La désarticulation dura trois quarts d'heure et le malade succomba le lendemain.

M. Dubreuil termine en disant qu'il continuera à faire les amputations au thermo-cautère.

M. Verneuil. Nous ne devons pas laisser accréditer cette opinion que le thermo-cautère deviendra l'instrument usuel pour les amputations. Il y a des cas exceptionnels où l'on pourra employer le thermo-cautère. Mais comme procédé usuel la chose est inadmissible. Avec les méthodes antiseptiques, les amputations n'ont plus la gravité qu'elles avaient autrefois. On doit donc conserver l'instrument tranchant.

M. Dubreuil, chez la seconde malade, a lié l'artère fémorale à la racine de la cuisse dans une amputation faite en bas ; cela, encore, me paraît inadmissible.

M. Tillaux. J'ai pratiqué deux grandes amputations au thermo-cautère, une désarticulation de l'épaule et une désarticulation de la hanche. Ces malades étaient tellement émaciés, que je craignais la moindre perte de sang ; mais pour les opérations, en général, je suis tout à fait de l'avis de M. Verneuil ; la bande d'Esmarch suffit pour éviter la perte de sang.

M. M. Sée. Je ne sais pas sur quoi se fonde M. Dubreuil pour attribuer l'infection purulente à la bande d'Esmarch chez une de ses malades.

M. Le Fort. Le grand inconvénient de l'emploi du thermo-cautère dans les amputations, c'est qu'il s'oppose à la réunion par première intention. Cependant, j'ai eu un cas de réunion par première intention, après l'emploi du thermo-cautère.

Pour faire une opération tout à fait exsangue, j'aimerais mieux employer l'anse galvanique que le thermo-cautère.

Je ne suis pas partisan de la bande d'Esmarch dans les amputations, parce qu'il survient après l'opération un suintement sanguin considérable.

M. Farabeuf demande l'avis de la Société de chirurgie sur le mode de ligature qu'a employé M. Dubreuil. Je me suis demandé s'il valait mieux faire la ligature de l'artère à quelque distance de la plaie d'amputation. Ne pourrait-on pas avoir dans ce cas des hémorrhagies secondaires précoces ?

M. Tillaux ne s'explique pas comment M. Dubreuil, pour une amputation à la partie inférieure de la cuisse, a fait la ligature de la fémorale à la racine du membre, d'autant plus que c'est un lieu dangereux pour la ligature de l'artère. Il vaudrait mieux lier l'iliaque externe.

M. Verneuil. C'est compliquer l'opération que faire la ligature en haut. A Lariboisière, j'ai réuni un certain nombre d'observations d'amputations, faites au-dessous de ligatures préalables ; les résultats étaient très bons. Ayant à cette époque dans mes opérations des résultats déplorables, j'essayai ce procédé, et pour amputer une jambe, je fis d'abord la ligature de la fémorale au niveau de la pointe du triangle de Scarpa. J'eus cependant des hémorrhagies secondaires précoces très abondantes sur les artères tibiales et péronières.

M. Le Fort. J'ai relevé un certain nombre de cas de ligature préalable de la carotide avant l'ablation de tumeurs. Les résultats ont été déplorables ; aussi actuellement on ne fait plus cette ligature.

Luxation ovalaire ancienne de la cuisse. — M. Després. Un

puisatier s'était luxé la cuisse dans un éboulement; il ne vint à l'hôpital Cochin qu'au bout de deux mois. Cet homme était au fond de son puits lorsqu'une masse de terre s'est détachée sur sa gauche et l'a couvert. Il était placé sous le sol, sa cuisse gauche à angle droit sur le tronc, par conséquent dans une abduction forcée.

Quand il vint à l'hôpital, la cuisse était dans l'abduction et la rotation en dehors. Il y avait de plus une flexion très manifeste du tronc sur le bassin. Le talon se trouvait placé au niveau du tiers moyen de la cuisse. Il y avait 2 centimètres de raccourcissement.

Le malade fut chloroformé jusqu'à résolution complète. L'exploration m'apprit alors que le seul mouvement possible était le mouvement de flexion ou d'extension. La cuisse était fléchie fortement sur le bassin. La tête fémorale se trouvait à égale distance de la racine de la verge et de l'ischion. A la place du grand trochanter, il y avait un vide manifeste.

Je fis une première tentative de réduction dans l'extension. Je fis une seconde tentative en ajoutant la traction en dehors. Dans une troisième tentative, je fis de la traction horizontale jusqu'à 300 kilogrammes. Les mouvements étaient plus libres, mais il n'y avait pas de réduction.

Le lendemain, j'examinai le malade; la luxation se trouvait réduite. Au bout de deux mois, le malade commença à faire des mouvements, puis bientôt à marcher, et il est sorti de l'hôpital guéri.

Les observations de réductions, de luxations ovalaires anciennes sont très rares : on n'en a publié jusqu'ici que très peu.

M. Berger. Je n'ai eu l'occasion de voir qu'une luxation ovalaire récente; je l'avais produite moi-même en cherchant à réduire une luxation de la tête dans l'échancrure sciatique. Le membre était fléchi à angle droit sur le corps; j'ai pu réduire cette luxation aussitôt. A ce moment, il y eut un allongement très manifeste du membre, allongement qui me paraît dû, comme le pense Malgaigne, à des productions de nouvelle formation dans la cavité cotyloïde. J'ai employé pour réduire cette luxation le procédé de Després; les méthodes de douceur peuvent donc réussir dans ces cas.

M. Le Fort. Les tractions les plus fortes que l'on ait faites antérieurement sur la cuisse ont été de 275 kilogrammes; M. Després est allé à 300. Pour les luxations anciennes, il faut l'application de la force, mais le chiffre de 300 kilogrammes me paraît exagére. Dans les luxations anciennes de la cuisse, je crois qu'il ne faut procéder à une véritable tentative de réduction que lorsque, par des manipulations, on aura déjà rendu à l'articulation un peu de mobilité.

M. Tillaux. M. Després croit que la luxation ovalaire se fait dans un mouvement d'abduction forcée; il faut ajouter : et de flexion avec rotation. Je ne crois pas que l'abduction seule soit suffisante pour produire la luxation ovalaire.

Dans la luxation ischiatique et la luxation ovalaire, la capsule est conservée en haut; ce qui détermine le genre de la luxation, c'est la portion de capsule conservée, mais ce qui détermine la variété ischiatique ou ovalaire, c'est la rotation. La luxation ischiatique peut être très facilement transformée en ovalaire. Ce sont là des faits assez fréquents, parce que c'est la même portion de capsule qui reste dans les deux cas.

M. P. Berger. Dans mon observation, ce n'était pas une luxation ischiatique, mais une luxation dans la grande échancrure sciatique, c'est-à-dire plus haut.

M. Le Fort. J'ai vu à l'hôpital Cochin un puisatier pris dans un éboulement qui s'est fait peu à peu. Cet homme m'a rendu compte de tout ce qui s'est passé. La cuisse était exactement dans l'abduction sans flexion. Il y avait une luxation ovalaire.

M. Després. J'ai employé 300 kilogrammes, malgré moi, parce qu'à un moment donné les élèves ont tiré trop fort et ont dépassé le but; mais je suis allé volontairement jusqu'à 250 kilogrammes.

Méthode antiseptique de Lister. — M. Lucas Championnière. M. Gross, médecin à l'hôpital de Nancy, a surtout pratiqué des amputations et des désarticulations, toutes terminées d'une façon heureuse. Il a été moins heureux pour les ablations de tumeurs. Il en conclut que le

pansement de Lister est celui qui convient le plus au traitement des plaies.

Mais M. Gross attribue à l'affrontement minutieux des surfaces une importance capitale ; cette minutie n'est pas nécessaire. L'affrontement n'est certainement pas la partie la plus difficile du pansement, comme il le dit.

Le même chirurgien pense que les plaies ne doivent pas être contuses et qu'il faut les immobiliser. Les plaies contuses elles-mêmes peuvent se réunir très bien et l'immobilité n'est pas nécessaire. Le pansement de Lister permet de s'abstenir d'une foule de précautions anciennes.

Du pansement de Lister. — M. Perrin. Nous avons en France depuis longtemps un mode de pansement meilleur et plus pratique que le pansement de Lister. Dans tout phénomène d'altération putride, il faut un germe et un terrain propre à la culture. M. Lister ne s'occupe que du premier terme, aussi sa méthode est-elle défectueuse.

Si l'acide phénique détruit les germes, il doit avoir pour effet d'empêcher tout travail de fermentation. Dans des recherches faites en commun avec M. Marty, professeur de chimie au Val-de-Grâce, en nous servant comme liquide de culture de décoction d'orge, d'urine ou de lait, nous avons vu que les liquides, phéniqués ou non, renfermaient tout autant de bactéries. La semence était fournie par de l'air pris dans une salle de chirurgie d'hôpital.

Ces expériences, faites pour la première fois il y a un an, ont été reprises le 23 novembre. Une partie de la décoction d'orge et de l'urine fut placée dans un ballon, ouvert près du lit d'un blessé ; une autre partie fut placée dans un ballon ouvert dans une atmosphère phéniquée. Les liquides de ces expériences ont été conservés. Le cinquième jour, la décoction d'orge laissée à l'air libre renfermait une grande quantité de bactéries vivantes ; il en était de même de la décoction placée dans un air phéniqué, et même cette dernière paraissait en contenir davantage.

Ces expériences démontrent que les pulvérisations d'acide phénique n'exercent aucune influence sur la putréfaction et le développement des vibrions, des bactéries et des monades. Ces pulvérisations ne rendent donc pas l'air aseptique ; la méthode de Lister manque de base. Les bons résultats obtenus sont dus à des pansements bien faits et très surveillés.

L'alcool rend imputrescibles les liquides albumineux ; il est hémostatique, enfin il pénètre dans les tissus sans les irriter comme l'acide phénique. Il mérite donc la préférence ; c'est le meilleur et le plus pratique des antiseptiques. On a accusé l'acide phénique de provoquer l'apparition d'érysipèles (M. Le Fort) ; depuis longtemps j'emploie l'alcool et je n'ai pas vu depuis la guerre un seul cas d'érysipèle dans mes salles.

Je voudrais voir survenir un sérieux mouvement d'opinion en faveur de l'alcool, car aucune statistique importante sur son emploi n'a été publiée. Voici ma statistique personnelle : Sur 22 opérés, 2 ont succombé ; l'un des malades a subi la désarticulation de la cuisse, l'autre était phthisique.

Chez Nélaton, en 1853, 54 opérations ont donné 53 guérisons. En 1854, 57 opérations ont donné 3 morts. Les résultats statistiques connus ne permettent pas de juger les deux méthodes.

La chirurgie conservatrice, et surtout la chirurgie d'armée, doit bénéficier des méthodes antiseptiques. L'alcool est surtout facile à employer dans ces cas.

Il y a deux grandes classes de plaies : les plaies chirurgicales et les plaies accidentelles. Je traite toutes les plaies chirurgicales de la même façon ; aussitôt l'opération terminée, la surface sanglante est imprégnée d'alcool à 90 degrés jusqu'à ce que tout écoulement de sang ait cessé ; les lèvres de la solution de continuité sont affrontées, le tout est recouvert d'ouate imprégnée d'alcool ; par un tube à drainage, on fait des injections ou des irrigations fréquentes. Le pansement est renouvelé chaque jour. L'ouate est entourée de taffetas gommé maintenu par des bracelets de caoutchouc.

Lorsque les plaies accidentelles sont simples, le même mode de pansement leur est applicable ; dans le cas contraire, il faut employer l'irrigation continue et la continuer jusqu'à ce que la plaie devienne bourgeon-

nante. Toute espèce de pansement est supprimée; le membre est maintenu dans une gouttière métallique munie d'un déversoir qui aboutit à un récipient.

Le membre est dans une immobilité absolue et la plaie est constamment lavée par le liquide alcoolique.

Ulcération de la langue. — M. P. Berger présente une femme syphilitique depuis dix ans, qui offre à la langue une ulcération entourée d'une induration. M. Berger croit à un épithélioma. Cette affection est très rare chez la femme, de plus celle-ci est syphilitique; cependant le diagnostic ne paraît pas douteux.

M. Després. L'affection chez cette femme a commencé par une ulcération, or jamais les affections syphilitiques de la langue ne commencent par une ulcération, à moins que ce ne soit un accident primitif. C'est donc bien là un épithélioma.

M. Le Dentu, sur huit ablations d'épithélioma, en a fait une chez une femme, l'an dernier.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 14 février 1879 ; présidence de M. Hervieux.

Hémianesthésie saturnine. — M. Proust, à l'occasion de la communication faite dans la dernière séance par M. Debove, rapporte l'histoire d'un malade qu'il observe en ce moment à l'hôpital Lariboisière. Il s'agit d'un saturnin atteint d'une hémianesthésie et surtout d'une hémianalgésie du côté droit, chez lequel l'application, pendant quinze minutes, d'un aimant sur ce côté fait complètement disparaître l'anesthésie et l'analgésie, sans que l'on constate le phénomène du transfert habituellement observé en pareil cas, chez les hystériques. La sensibilité chez ce malade revient d'abord par les parties centrales, contrairement encore à ce qui se passe chez les hystériques ; elle persiste environ cinq ou six heures. Les choses ne se passent donc pas chez le saturnin comme chez l'hémianesthésique d'origine cérébrale ou d'origine hystérique ; en effet, chez l'hémianesthésique d'origine cérébrale la sensibilité persiste, après l'application d'un aimant, plus longtemps que chez l'hémianesthésique d'origine saturnine; chez l'hystérique, on observe le phénomène du transfert qui n'a pas lieu chez le saturnin. M. Proust a eu l'idée d'appliquer, chez une hystérique, deux aimants au lieu d'un, l'un sur le côté anesthésié, l'autre sur le côté sain; il a pu ainsi empêcher le phénomène de transfert de se produire.

M. Debove rappelle un cas d'hémianesthésie qu'il a observé il y a trois ans, alors qu'il était chef de clinique de M. Béhier. Il s'agissait d'un homme de cinquante ans, profondément alcoolique, ne buvant que de l'eau-de-vie, qui fut atteint de pneumonie compliquée de délirium tremens ; il guérit, et pendant sa convalescence on s'aperçut qu'il était hémianesthésique du côté gauche. M. Debove appliqua sur ce malade des courants constants à l'aide d'éléments de Trouvé, très faibles, un pôle à la tête, l'autre au pied. Après trente-cinq minutes de cette application, la sensibilité était revenue complètement et dans tous ses modes; les sens spéciaux qui étaient altérés reprirent leur intégrité. La guérison s'est maintenue. Mais, en même temps que la sensibilité revenait du côté gauche, apparaissait de nouveau, du même côté, une sciatique rebelle dont le malade était complètement débarrassé depuis cinq ans, c'est-à-dire probablement depuis le temps où avait apparu l'hémianesthésie, si bien que ce malade, qui a conservé sa sciatique depuis ce temps, ne pardonne pas à MM. Debove et Regnard de l'avoir guéri de son hémianesthésie dont il ne s'était pas même aperçu. Si, en effet, le résultat obtenu dans ce cas a été satisfaisant au point de vue de l'hémianesthésie, il faut reconnaître qu'il l'est moins au point de vue du malade lui-même, qui souffre beaucoup de sa sciatique, tandis qu'il ne s'était pas aperçu de l'hémianesthésie qui a masqué sa sciatique pendant cinq ans.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 février 1879; présidence de M. BLONDEAU.

Du salicylate de soude chez les enfants. — M. ARCHAMBAULT fait une communication sur l'action du salicylate de soude dans le rhumatisme articulaire des enfants. Cette action est d'autant plus importante que le rhumatisme est non seulement fréquent chez l'enfant, mais de plus qu'il présente plus de gravité que chez l'adulte, à cause de la fréquence des accidents viscéraux, principalement du côté du cœur. Bouillaud a insisté avec raison sur ce fait, que chez l'adulte, les accidents viscéraux sont plus fréquents dans le rhumatisme généralisé que dans le rhumatisme monoarticulaire; ce qu'il aurait pu dire, c'est que chez l'enfant le rhumatisme monoarticulaire s'accompagnait fréquemment de phénomènes et de lésions cardiaques (endocardite, péricardite, etc.). Le cœur se prend chez l'enfant comme se prend une articulation, aussi le rhumatisme est-il fréquemment la cause de lésion cardiaque qu'on constate chez l'adulte, alors même qu'il n'a conservé aucun souvenir des accidents rhumatismaux de l'enfance.

M. Archambault ne voudrait pas affirmer que le salicylate de soude soit le médicament spécifique du rhumatisme, comme le sulfate de quinine l'est pour les fièvres intermittentes, mais il s'en rapproche : il est de plus inoffensif. En tout cas, le salicylate de soude est de beaucoup préférable à tous les médicaments précédemment employés; les enfants le supportent facilement, ceux qui le vomissent sont rares, rarement aussi on observe des vertiges et des bruits dans les oreilles dont les adultes se plaignent fréquemment. Cette absence d'accidents doit peut-être être attribuée à la facilité d'élimination qu'on observe chez les enfants : le salicylate de soude, en effet, se retrouve dans les urines au bout d'un quart d'heure à vingt minutes ; on en constate cependant encore des traces soixante heures après l'absorption du médicament; mais, cette quantité étant infinitésimale, on peut dire que chez les enfants le salicylate de soude ne s'accumule pas.

Si on donne à un enfant atteint de rhumatisme articulaire aigu, au deuxième ou troisième jour de la maladie, la dose que M. Archambault a coutume de prescrire pour les enfants de cinq à dix ans, c'est-à-dire de 5 à 8 grammes de salicylate de soude en quatre doses à trois heures d'intervalle entre chacune, on peut être certain qu'à partir de la troisième dose l'amélioration est évidente; à la quatrième, la douleur cesse presque complètement. Le médicament n'agit pas seulement sur la douleur, comme on l'a dit, mais sur l'état général : ainsi la température s'abaisse de 1 à 2 degrés, et la fluxion articulaire diminue. Telle est la règle, constante; une seule fois, M. Archambault a vu un enfant, auquel il avait prescrit du salicylate de soude, ne présenter le lendemain aucune amélioration; faisant analyser les urines, il a pu s'assurer que le médicament prescrit n'avait pas été donné. Le lendemain matin, sous l'influence du médicament, les choses se passaient telles que M. Archambault l'avait prévu et telles qu'il vient de le décrire.

Dans le rhumatisme monoarticulaire, les résultats sont les mêmes.

Mais le fait le plus important à noter dans les avantages du salicylate de soude, c'est qu'il agit comme préservatif des accidents viscéraux Il est difficile de préciser exactement la proportion des accidents viscéraux qu'on observe dans les rhumatismes généralisés ou monoarticulaires; mais, si on l'évalue chez les enfants aux deux tiers des cas, on sera dans le vrai. Or, depuis que M. Archambault emploie le salicylate de soude, dans aucun cas il n'a vu survenir d'accidents cardiaques dans le cours ou à la suite de l'attaque de rhumatisme : on arrête donc la fluxion articulaire et on prévient les accidents cardiaques; double avantage qui ne permet pas d'hésiter dans l'emploi de cette méthode.

Or, combien de temps faut-il faire usage du salicylate de soude? C'est là un point assez important : voici la méthode adoptée par M. Archambault. Il prescrit le salicylate à la dose de 6 grammes pendant trois jours (18 grammes), alors même que la douleur a cessé dès le deuxième jour,

puis il attend; si la douleur reparaît, il recommence pendant trois jours à la même dose, et ainsi de suite; mais la troisième récidive est rare.

M. Archambault a employé la méthode pour le traitement du torticolis de cause rhumatismale : chez douze enfants, la disparition de la douleur et le rétablissement des mouvements musculaires ont eu lieu du jour au lendemain.

Quelle dose doit-on prescrire pour les enfants? On peut donner des doses considérables, 8 et 10 grammes, sans déterminer d'accidents. M. Archambault n'a vu qu'un seul enfant être pris de vomissements ; mais cet enfant, outre son rhumatisme articulaire, était atteint de purpura, d'hématurie et d'albuminurie : les vomissements survinrent à la quatrième dose; cependant le salicylate s'éliminait par les urines malgré l'affection des reins. Il pense donc qu'on peut et qu'on doit l'employer hardiment à la dose de 6 grammes en vingt-quatre heures (en trois fois).

M. Moutard-Martin n'a jamais administré le salicylate de soude à des enfants, mais il est étonné de voir que M. Archambault n'a jamais observé d'accidents. Les adultes, en effet, ne supportent pas tous également bien le salicylate de soude; de plus, les malades atteints d'affection rénale le supportent toujours mal. Les accidents sont plus rares du côté de l'estomac (vomissements) que du côté du cerveau (étourdissements, syncopes, surdité), aussi faut-il tâter le terrain avant de prescrire des doses élevées, et commencer par 6 grammes pour arriver à 8, 10 et 12 grammes.

M. Moutard-Martin est heureux d'apprendre que non seulement la tolérance est plus grande chez l'enfant, mais que de plus son action est pour ainsi dire immanquable. Chez l'adulte, il n'en est pas tout à fait de même : il a remarqué que, chez les malades atteints de rhumatisme articulaire franchement aigu, l'amélioration était ordinairement extrêmement rapide. Mais parfois il arrive qu'après une amélioration de ce genre, sans qu'on puisse invoquer une imprudence ou un refroidissement, les accidents reparaissent deux ou trois jours après. Si on reprend alors le salicylate de soude, ce n'est plus au bout de deux ou trois jours que l'amélioration reparaît, mais de cinq ou six jours, et ainsi de suite jusqu'au moment où le salicylate de soude reste sans action. Il y a donc un précepte à tirer de ce fait, c'est de prolonger l'emploi du salicylate alors même que les accidents ont disparu; mais alors il faut se méfier de l'anémie rhumatismale qui survient plus rapidement et qui est plus difficile à guérir.

M. Archambault dit que le rhumatisme articulaire est le même chez l'enfant que chez l'adulte : il n'y a pas, en effet, de pathologie propre à l'enfance. Mais si le rhumatisme présente les mêmes caractères cliniques, on peut dire cependant qu'il est moins tenace chez l'enfant, car celui-ci est plus sensible à l'action des médicaments. C'est pour cela qu'on obtient peut-être des guérisons sans récidives, comme il arrive trop peu souvent chez l'adulte.

Or, avec le salicylate de soude, les effets produits sont saisissants; ils ne sont pas comparables à ceux du sulfate de quinine : on peut couper la douleur en une nuit et obtenir la guérison en trois ou quatre jours. M. Archambault n'a jamais vu le salicylate de soude échouer, ni produire d'accidents; peut-être le verra-t-il, mais pour le moment il ne connaît pas un fait négatif. Dernièrement encore, une jeune fille de son service était atteinte de douleurs articulaires; comme cette jeune fille était hystérique, on pouvait se demander si ces douleurs étaient dues à l'hystérie ou à un rhumatisme : M. Archambault prescrivit du salicylate de soude; en deux jours, les douleurs disparaissent; on cesse le salicylate, les douleurs reviennent et cessent après l'emploi plus prolongé du même médicament : il s'agissait donc évidemment d'un rhumatisme articulaire.

M. Archambault prescrit le salicylate de soude de la façon suivante :

Rhum	20	grammes.
Sirop de limon	40	—
Salicylate de soude	6	—

A prendre en trois fois dans les vingt-quatre heures.

M. Edouard Labbé dit qu'il est bon d'insister sur les bénéfices qu'on obtient par l'emploi du salicylate de soude ; quelques cas malheureux sont en effet venus jeter la défaveur sur cette substance, dont il n'a eu qu'à se louer ; ces cas négatifs doivent probablement être dus plutôt à une mauvaise administration qu'au médicament lui-même. Il reviendra sur cette question dans la prochaine séance.

Tannate de pelletiérine. — M. Dujardin-Beaumetz vient d'obtenir, dans son service, l'expulsion chez deux malades de deux tænias avec leur tête, en employant le tannate de pelletiérine. M. Tanret (de Troyes), frappé des résultats extraordinaires qu'on obtenait avec la pelletiérine, s'est demandé s'ils n'étaient pas dus à la volatilité de ce produit. Il a pensé alors à le donner sous la forme de *tannate*, forme qui se rapproche de celle dans laquelle il a trouvé cet alcalin dans l'écorce de grenadier, qui contient beaucoup de tannin. Les prévisions de M. Tanret se sont réalisées, et une dose de 50 centigrammes de pelletiérine a amené l'expulsion des tænias. On a eu soin de donner 30 grammes d'huile de ricin deux heures après cette dose de pelletiérine.

Phénomènes hystériques d'origine stomacale. — M. Dally a observé, chez une jeune fille et chez un jeune homme, des attaques musculaires déterminées par le passage du bol alimentaire dans l'œsophage. L'électricité, le massage de l'estomac et les douches ont fait disparaître ces symptômes.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE LONDRES.

Séance du 28 octobre 1878.

Traitement des nævus par l'application externe d'éthylate de sodium. — M. le docteur J. Brunton lit un mémoire sur ce sujet, avec des observations à l'appui :

Obs. I. — F. S..., sept ans, eut, environ une semaine après sa naissance, une petite tache rouge, faisant une légère saillie sur la joue, et qui, au bout de quatre mois, s'était développée et présentait les caractères d'un nævus ayant les dimensions d'une demi-couronne, d'un rouge violacé et saillant. Il fut d'abord traité par la ligature et les aiguilles, mais on n'obtint qu'un succès partiel, et lorsqu'on appliqua l'éthylate de sodium, la tumeur avait les dimensions d'une pièce d'une couronne.

Obs. II. — Il s'agissait également d'une petite fille qui présentait au niveau de la fontanelle antérieure un nævus, ayant les dimensions d'un shilling.

Les deux malades guérirent. Dans le premier cas, le nævus primitif disparut au bout de deux mois environ de traitement ; mais l'oblitération de la portion nouvelle demanda près d'un an.

L'éthylate de sodium qui fut préparé pour la première fois et employé par le docteur Brunton en 1871, se prépare en ajoutant le métal sodium fragment par fragment à de l'alcool absolu renfermé dans une bouteille à large embouchure.

L'addition, faite avec précaution, du sodium en excès jusqu'à ce que l'effervescence cesse, se termine par le dépôt d'une substance cristalline (C^2H^3NaO) au fond du vase.

Le mérite d'avoir fait connaître cette substance et d'autres dérivés alcooliques et éthyliques est dû au docteur Richardson, qui, dans une communication à ce sujet, écrivait au docteur Brunton : « Lorsqu'on le met au contact de l'eau, il se décompose, le sodium est oxydé par l'oxygène de l'eau pour former de l'hydrate de sodium, et l'hydrogène de l'eau sert à reconstituer l'alcool commun en alcool éthylique. Le changement de l'alcool éthylique en alcool sodique transforme ce corps d'irritant en caustique.

« Si l'on met l'éthylate de sodium sur les parties sèches du corps, il est

relativement inerte et ne produit que la rougeur et les battements causés par l'alcool ordinaire; mais aussitôt que la région sur laquelle cette substance est appliquée vient à rendre un peu d'eau, la transformation décrite précédemment se produit, il se forme, au contact de la peau, de la soude caustique en proportion de l'eau éliminée, et alors survient une destruction graduelle des tissus, qu'on peut limiter de façon à la rendre presque imperceptible, ou rendre si intense, qu'elle agisse comme un instrument tranchant. »

Parlant des applications pratiques des alcools sodique et potassique, le même auteur dit qu'il ne sait pas encore comment on pourrait les employer à l'intérieur, mais il prévoit pour eux des applications très étendues aux affections externes, puisque ces substances sont des caustiques très puissants : par exemple, à la destruction et l'ablation des tumeurs malignes que le bistouri ne peut atteindre, soit en les appliquant à la surface de ces tumeurs, soit en les injectant dans leur parenchyme. Quand on les applique sur la peau sans solution de continuité, leur action destructive est moins douloureuse qu'on ne s'y attendrait, et lorsque la douleur se manifeste, on peut l'arrêter rapidement en versant sur la région quelques gouttes de chloroforme, qui décompose l'alcool et le convertit en chlorure et éther.

Le docteur Richardson a aussi trouvé que ces alcools dissolvent certains alcaloïdes végétaux, par exemple, l'opium, ouvrant ainsi une nouvelle voie vers l'un des plus grands *desiderata* de la médecine : la cautérisation sûre, rapide et sans douleur.

Les alcools caustiques peuvent être employés concurremment avec l'anesthésie locale par le froid. Une partie rendue entièrement morte à la douleur (*dead to pain*) par la réfrigération avec la pulvérisation d'éther, peut être détruite directement par l'injection sous-cutanée d'alcool caustique ; ce procédé a une très grande importance dans le traitement des plaies virulentes, comme celles qui proviennent de la morsure d'un serpent ou d'un chien enragé.

« Il n'est aucunement improbable que certaines tumeurs kystiques puissent être guéries par la simple injection sous-cutanée d'une petite quantité de ces liquides, après l'insensibilisation par le froid. Les alcools potassique et sodique, ajoutés à l'hydrure d'amyle volatil, se dissolvent dans cette dernière substance et produisent une solution caustique. Lorsque cette solution est appliquée sur la peau, l'évaporation de l'hydrure a lieu, et laisse après elle une couche de la substance caustique. Cette application est très importante pour le chirurgien. »

L'auteur, en continuant, dit que, comparée avec l'action de l'acide nitrique, la destruction de l'épiderme est minime, et il pense que l'éthylate de soude agit comme un astringent, et que la douleur qu'il provoque n'est pas aussi vive que celle causée par l'acide nitrique. Dans les cas qu'il a observés, il y a eu très peu d'eschare.

Le docteur Richardson exprime sa profonde satisfaction de voir qu'une des substances qu'il avait introduites dans la pratique en 1870, seulement au point de vue physiologique, a donné des résultats si utiles.

Il rapporte deux cas de nævus, dont l'un de grandes dimensions siégeait sur le cuir chevelu, qu'il avait traités avec succès, en 1870, par l'application de l'éthylate de soude ; il parle ensuite de l'emploi des éthylates dans les cas de squirrhe ; il donne des détails sur le degré de concentration de la solution à employer, son mode d'application, et la théorie de son action.

Les éthylates n'ont pas encore été employés à l'intérieur, mais ils peuvent être de quelque utilité, et ensuite peuvent éclaircir quelques points obscurs de la thérapeutique, par exemple, l'action de l'iodure de potassium, sel qui est facilement décomposé; pour sa part, M. Richardson est porté à croire que le principal agent de l'action absorbante du sel est le potassium mis en liberté, et non pas l'iode.

M. Adams dit que l'objection que l'on peut faire à l'emploi du bistouri est la cicatrisation consécutive, car de petites cicatrices peuvent s'accroître et prendre un aspect difforme. Il préfère une opération sous-cutanée, et les caustiques ont fréquemment échoué entre ses mains. Il demande au docteur Richardson comment l'éthylate agit. Est-ce en absorbant l'eau, ou à la manière d'un astringent ?

M. Richardson répond qu'il se produit des modifications chimiques; l'éthylate prend de l'eau aux tissus, et reforme ainsi de l'alcool; l'alcool coagule alors tous les composés albumineux qui se trouvent dans son voisinage, et la soude mise en liberté agit comme caustique, son action étant limitée par la coagulation produite par l'alcool. Les globules rouges du sang subissent aussi son action; ils se désagrègent et prennent une apparence cristalline, tandis que les globules blancs restent inaltérés pendant un certain temps. Le danger d'une hémorrhagie trop grande provenant de l'action rapide de l'éthylate, dans les cas de tumeurs vasculaires pendantes, peut être prévenu en diluant l'éthylate dans l'alcool, de façon à provoquer la coagulation.

M. Maunder trouve ce procédé plus simple que ceux dont on se sert habituellement; mais même dans les *nævi* cutanés la destruction de la tumeur s'est suivie de la formation d'une cicatrice.

M. Royes Bell n'a jamais vu un cas présentant une aussi petite cicatrice que les malades de M. Brunton. De petits *nævi* sous-cutanés guérissent bien lorsqu'on les traite par la ligature. Il a essayé la galvanopuncture, mais avec peu ou point de succès. (D'après *the Lancet*, 2 novembre 1878, p. 625.)

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Traitement des kystes synoviaux tendineux à grains riziformes du poignet. — Le travail du docteur Godemel contient un grand nombre d'observations qui ont été relatées dans les différents travaux sur cette question. L'auteur, après avoir discuté les résultats obtenus par les traitements employés jusqu'ici, cherche à démontrer que le chirurgien peut actuellement recourir à un mode de traitement moins dangereux. L'incision double, après laquelle on emploiera le pansement antiseptique, sera le meilleur moyen à employer. Cependant, l'auteur préconise l'acide thymique, qui paraît avoir réussi dans certains cas, mais sans être pour cela supérieur à l'acide phénique, ordinairement employé en pareil cas.

Le pansement ouaté devra aussi être employé, peut-être avec plus d'avantages.

Enfin, l'auteur n'emploie ce moyen que si la tumeur est volumineuse, devient douloureuse, en un mot, gêne la fonction de la main.

Au contraire, si on est en présence d'un malade atteint d'une tumeur à grains riziformes de petit volume, ne causant pas de douleur, ne gênant pas les mouvements du poignet, nous pensons qu'on doit attendre et n'avoir recours qu'aux révulsifs souvent employés, mais en ayant soin de maintenir le membre au repos, et souvent en y joignant la compression. (*Thèse de Paris*, 1878.)

Emploi du régime lacté dans la cystite chronique et après la lithotritie. — Le docteur Teevan rapporte un cas de cystite chronique qu'il a traitée par le régime lacté exclusif. Le canal alimentaire ayant été convenablement préparé avant de commencer le traitement, le malade prit d'abord une pinte de lait toutes les deux heures; sous l'influence de ce régime, l'urine devint comme un amas de muco pus, et des morceaux de lait caillé furent vomis. Un peu plus tard, les vomissements devinrent plus fréquents; mais l'urine devint entièrement claire, et le malade quitta l'hôpital, guéri de sa cystite, au bout d'une quinzaine de jours de traitement.

Dans ses commentaires sur ce fait, M. Teevan dit que, outre la

guérison probable par le régime lacté seul de la cystite chronique, affection excessivement ennuyeuse et rebelle, ce traitement a encore une autre application, c'est-à-dire le soulagement de l'irritation qui accompagne ou suit l'opération de la lithotritie. L'influence d'un régime exclusivement lacté sur l'appareil et la sécrétion urinaires est bien démontrée dans l'incontinence d'urine des enfants, affection que l'on guérit souvent en retranchant simplement la viande de leur alimentation, que l'on borne alors au lait seul, si c'est possible, ou au lait et au poisson, si le premier de ces aliments n'est pas suffisant. (*The Lancet*, 7 décembre 1878.)

Contribution à l'étude des fistules biliaires externes. — Le travail intéressant du docteur Chaudron donne un résumé d'un certain nombre d'observations de ces fistules remarquables, qui ont toujours présenté une grande difficulté pour le traitement.

Les conclusions principales de ce travail peuvent se résumer de la façon suivante :

Ces fistules reconnaissent pour cause, neuf fois sur dix, la lithiase biliaire ; elles sont presque spéciales à l'âge mûr et à la vieillesse.

Tous les points de la paroi abdominale peuvent être le siège de ces fistules, l'orifice étant ordinairement unique.

Si la fistule biliaire coïncide avec l'obstruction complète du canal cholédoque, elle est une cause d'amaigrissement et de dépérissement du malade.

Une fièvre spéciale peut survenir dans le cours de cette fistule ; elle mérite le nom de *fièvre intermittente hépatique*.

Le pronostic est sérieux, mais non mortel ordinairement.

Il est d'autant moins sérieux que les fistules biliaires sont parfois un moyen de guérison d'une affection extrêmement grave (colique hépatique, calculs biliaires).

Le traitement consiste dans l'emploi de la dilatation par l'éponge préparée, ou les tiges de laminaire, et des injections iodées. L'emploi du bistouri est nuisible. (*Thèse de Paris*, 1878.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Leçon clinique sur l'étude des affections utérines ; cas de kyste de l'ovaire et de vaginisme, par le professeur Gaillard Thomas. L'auteur recommande, dans ce dernier cas, comme traitement, l'excision de petites excroissances qui se trouvent fréquemment à l'orifice de l'urèthre, ainsi que de la membrane hymen (*Philadelphia med. Times*, 1er février 1879, p. 197).

Traitement de l'ongle incarné, par Charles T. Hunter. L'auteur se prononce contre l'éradication complète de l'ongle. Il propose le procédé suivant : creuser un sillon suivant la longueur de l'ongle, de façon à pouvoir soulever la partie de cet organe et introduire dessous un peu de coton pour le séparer de l'ulcération ; recouvrir celle-ci de collodion avant de mettre le coton, puis une nouvelle couche pour maintenir le pansement en place. On peut ajouter une petite bandelette de diachylon sur le tout (*id.*, p. 201 et 216).

Un cas d'éclampsie puerpérale traitée avec succès par l'hydrate de chloral, par le docteur Warfield (*id.*, p. 207).

Sur l'action du perchlorure de fer et du chlorure de sodium en inhalations dans le traitement de l'hémoptysie, par le docteur Luigi Concetti. L'auteur, d'après de nouvelles expériences faites à ce sujet, pense que le chlorure de sodium est loin de provoquer des hémoptysies, comme on l'en a accusé, et que le perchlorure de fer en inhalations n'arrête pas

toujours ces accidents, dont la cessation serait le plus souvent spontanée (*Gaz. med. di Roma*, 15 février 1879, p. 39).

Sur la nécessité de prescrire plusieurs formules contemporaines dans le traitement de certaines maladies, par le docteur M. Gay. L'auteur pense que dans chaque affection il y a plusieurs indications à remplir, et qu'alors il faut employer ensemble, ou successivement, plusieurs médicaments ou formules correspondant à ces indications. Il cite à ce propos plusieurs observations : de catarrhe gastro-entérique grave, de cystite chronique grave et de tétanos (*la Moderna medicina*, 1878, fasc. 3, p. 133, et 1879, fasc. 1, p. 248).

Sur les nécessités thérapeutiques chez les fébricitants et des moyens d'y satisfaire; contribution à l'étude de l'administration de médicaments curateurs et préventifs multiples dans le traitement de certaines affections et suivant les malades, par le docteur Gay (*id.*, p. 228).

Sur les diverses formes d'éruptions cutanées dues à l'administration des médicaments, par le docteur Robert Farquharson (*Brit. Med. Journ.*, 15 et 22 février 1879).

Note sur la cure préventive et consécutive de la rage, par le docteur G. Sapolini. L'auteur propose un appareil qui se compose essentiellement d'une ventouse en verre adaptée à un corps de pompe. On peut ainsi aspirer le virus infiltré dans les anfractuosités de la plaie, laver celle-ci avec de l'eau tiède qui pénètre également dans ces infractuosités, l'appareil agissant alors comme pompe foulante, et aspirer de nouveau ce liquide (*Gaz. med. italiana Lombardia*, 15 février 1879).

VARIÉTÉS

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Par décret en date du 20 janvier 1879, M. le docteur Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris, a été nommé membre du conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Parrot est nommé professeur de clinique des maladies des enfants, et M. Panas professeur de clinique des maladies des yeux.

CONCOURS. — Un concours de trois places de médecin du Bureau central s'ouvrira à l'Assistance publique le lundi 24 mars, à quatre heures.

NÉCROLOGIE. — DORVAULT, directeur de la Pharmacie centrale, auteur de l'ouvrage si répandu de *l'Officine*, vient de mourir. — Le docteur BENOIST DE LA GRANDIÈRE, médecin de l'état civil, officier de la Légion d'honneur. — Le docteur LUBELSKI, à l'âge de quatre-vingt-onze ans, à Varsovie. — Le docteur Benedit STILLING, à Cassel.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE ÉTIOLOGIQUE

Traitement hygiénique des dyspepsies (1);

Par M. le professeur BOUCHARDAT.

III

DYSPEPSIES LIÉES A DIVERSES CAUSES OU PATHOLOGIQUES, OU SOUS LA DÉPENDANCE DE MAUVAISES HABITUDES. — J'ai déjà indiqué précédemment plusieurs causes tenant soit à de mauvaises habitudes bromatologiques, soit à des états pathologiques divers, qui déterminent des dyspepsies ; je vais revenir sur ce sujet en insistant surtout sur la fâcheuse influence des ferments anormaux : j'aurai ainsi l'occasion de parler des *dyspepsies acides*, *ammoniacales*, *flatulentes*, *sulfurées ;* je dirai également un mot des *dyspepsies* par *exosmose*, par *cause mécanique*, etc.

Ferments anormaux. — L'action des ferments digestifs peut être entravée par la présence de ferments anormaux qui ont pour résultat de diminuer la production des ferments normaux, et de modifier les transformations éprouvées par les matières alimentaires dans l'appareil digestif, ces matières ainsi modifiées deviennent alors soit des corps étrangers dont l'appareil digestif doit se débarrasser, soit même des substances nuisibles. La production constante et l'action répétée de ces ferments nuisibles deviennent autant de causes de dyspepsie.

Parmi les ferments anormaux dont la présence a été constatée dans l'appareil digestif de l'homme, nous pouvons citer les ferments lactique, butyrique, acétique, propionique, alcoolique et les ferments divers, moteurs des fermentations putrides.

Ferments lactique, butyrique et propionique. — Ces ferments, en exerçant leur action sur les aliments glycogéniques (sucres, amidon), entravent les transformations de ces matériaux si utiles à la nutrition (2), et les transforment en acide lactique, butyrique ou propionique. C'est une des formes les plus ordinaires de la dyspepsie acide, qui peut aussi, comme nous l'avons vu précé-

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

(2) Les matières albuminoïdes subissent également dans ces conditions des transformations anormales.

demment, être liée au défaut d'exercice, à l'insuffisance des fonctions de la peau. Quand la fermentation lactique ou butyrique se développe activement dans l'estomac ou dans d'autres parties du tube digestif, les liquides qu'ils renferment présentent pour l'odeur, la composition, la plus grande analogie avec *l'eau sure des amidonniers*.

Les moyens de combattre sûrement cette forme de dyspepsie doivent s'appuyer sur la connaissance des causes qui la déterminent. Il faut d'abord bien étudier, bien régler l'alimentation, régulariser la dépense par l'exercice et l'eau froide, essayer l'emploi des ferments digestifs, pepsine ou maltine ; ce qui vaut mieux que tous les remèdes, c'est la sobriété et l'exercice : parcourir plusieurs kilomètres à pied en prenant, pour tout repas du matin, un bon fruit, de la croûte de pain ou du pain rassis qu'on mâche parfaitement. Il est rare qu'après cela on ne fasse pas un bon dîner dans de meilleures conditions.

Quand la dyspepsie tient à la présence de ferments anormaux, on peut recourir à l'emploi soit de condiments, soit de remèdes qui détruisent leur vitalité. On comprend très bien comment des substances actives, telles que les condiments âcres, ail, moutarde, des anesthétiques, chloroforme, iodoforme, peuvent combattre les dyspepsies et favoriser les digestions en détruisant la vitalité de ces ferments anormaux divers qui se développent dans l'appareil digestif.

On comprend également très bien comment ces condiments âcres sont plus utiles dans les pays chauds que dans nos contrées tempérées.

Les moyens les plus sûrs et les plus commodes pour détruire la vitalité des ferments anormaux développés dans l'estomac sont les perles d'éther, ou d'essence de térébenthine, ou d'essence de santal, ou d'essence de cubèbe. Une ou deux de l'une de ces perles doivent être administrées à chaque repas. Les ferments digestifs (pepsine, presure, diastase, pancréatine) étant des ferment du deuxième ordre, ne sont nullement modifiés par les essences, qui détruisent la vitalité des ferments du premier ordre.

On a vanté à diverses reprises l'emploi de la teinture d'iode, qui a souvent réussi. Il est probable qu'elle agit surtout en détruisant la vitalité de ferments anormaux, mais elle peut certainement agir aussi en provoquant une légère irritation de la

muqueuse stomacale et la sécrétion d'une plus grande quantité de suc gastrique. Becquerel, et avant lui Eulenberg, l'avaient vantée quand la dyspepsie était accompagnée de vomissements (*Formulaire*, p. 416). M. J. Ollé, dans sa thèse (7 févr. 1878), la recommande à la dose de 16 gouttes à 2 grammes *chaque jour*, administrée en plusieurs fois, soit dans du vin d'Espagne, suivant la pratique du professeur Lasègue, soit dans du vin de Saint-Raphaël en commençant les repas.

Dyspepsies acides. — Nous avons vu que ces dyspepsies pouvaient naître sous l'influence de différentes causes, mais parmi ces causes il faut placer en première ligne l'action des ferments anormaux. L'emploi des alcalins produit dans les dyspepsies acides une modification aussi certaine qu'immédiate. Sans nier l'utilité de ces agents, je suis convaincu qu'on en a beaucoup abusé et que leur abus est nuisible. On s'attaque ainsi à un des effets de la maladie et non à sa cause, à laquelle il faut toujours penser. On sature l'acide produit en excès, mais on ne tarit pas la source de cet excès ; on perpétue une habitude morbide. Bien régler l'alimentation, les excrétions, la dépense, voilà les moyens d'obtenir une solide guérison. Sans doute les alcalins employés dans ces conditions peuvent produire d'excellents et durables effets, mais pour cela il faut que leur influence soit secondée par une direction hygiénique éloignant la cause qui les produit. Il convient, lorsqu'on en continue l'usage, de les prescrire à faible dose : une petite cuillerée à café de magnésie calcinée, une cuillerée à bouche ou deux d'eau de chaux, 1 gramme ou 2 de bicarbonate de soude ou de potasse par litre d'eau suffisent habituellement. Pour les eaux minérales, je donne la préférence aux eaux alcalines les plus faibles ; celle que je prescris habituellement est l'eau de Vals de la source Saint-Jean. Son alcalinité est celle que je viens d'indiquer, elle renferme de plus des bicarbonates de chaux, de magnésie et de fer qui conviennent dans les dyspepsies de cette forme.

Je me trouve également très bien de l'administration de la craie que j'associe à la rhubarbe et à l'opium.

Carbonate de chaux............	} ãã 5 grammes.
Rhubarbe........................	
Poudre d'opium................	10 centigrammes.

Mêler, diviser en dix prises, en prendre une en commençant le principal repas.

Je regarde l'intervention de l'opium comme très utile dans beaucoup de dyspepsies accompagnées de douleur, car, comme l'a si justement dit M. le professeur Lasègue, on n'est dyspeptique qu'à la condition de souffrir ; toute perversion nutritive dont le malade n'a pas conscience doit être éliminée du cadre des dyspepsies.

Sandras et plusieurs autres auteurs préconisent l'opium ou la morphine à dose élevée, je préfère de beaucoup les quantités très modérées, qui n'apportent pas de trouble secondaire dans les phénomènes digestifs.

Dyspepsies sulfurées. — Les dyspepsies, sans lésions spéciales, s'accompagnant de renvois contenant de l'hydrogène sulfuré, tiennent le plus souvent à l'action de ferments de la fermentation putride qui se développent et se maintiennent sous l'influence habituelle d'une alimentation azotée trop riche qu'il faut diminuer le plus possible et remplacer par du pain rassis, de bons fruits, en secondant, l'effet de ce régime par l'emploi du charbon de peuplier, du sous-nitrate de bismuth pris à chaque repas.

Ne prescrivez pas les doses excessives vantées par Monneret, 1 ou 2 grammes suffisent, à la condition que le *sous-nitrate soit réduit à l'état de poudre impalpable par une longue trituration*, ou la même quantité de granules de Mentel, qui contiennent parties égales de sucre et de sous-nitrate, et qui s'administrent très commodément.

J'ai connu plus d'un de ces *gros mangeurs de viande* à haleine infecte, qui se louaient beaucoup de leur excellent appétit ; ils n'ont pas vécu longtemps. Une maladie incidente prend bien souvent dans ces conditions une gravité exceptionnelle.

Dyspepsies ammoniacales. — Elles sont liées le plus souvent à la maladie de Bright. Le régime lacté exclusif, avec soupes au lait et à l'oignon. Voilà le seul traitement rationnel et efficace.

Dyspepsie flatulente. — Elle peut être déterminée par des fermentations anomales (dans ce cas les condiments aromatiques et âcres, le sous-nitrate de bismuth sont indiqués), par l'*insuffisance d'exercice*, par des troubles nerveux, par des compressions de l'abdomen excessives ou mal réglées. Il faut faire disparaître cette dernière cause, et pour les précédentes insister sur l'exercice régulier de chaque jour, en ayant pour chacune des heures des occupations bien réglées, afin d'éviter le *spleen*.

Contre presque toutes les dyspepsies reconnaissant pour cause, soit des fermentations anomales, soit de l'irrégularité dans les excrétions, l'emploi d'une à deux cuillerées aux deux principaux repas de poudre de charbon de peuplier, préconisé par Belloc, rend de réels services. C'est un remède inoffensif, il agit comme alcalin léger, comme absorbant des gaz et comme régularisateur des garde-robes.

Dilatation de l'estomac. — C'est une cause assez fréquente de dyspepsie ; j'en ai constaté à bien des reprises l'existence chez des malades dont les repas étaient trop copieux, qui négligeaient la mastication ou la division parfaite par le couteau des aliments, ou qui abusaient des eaux gazeuses. On peut soulager ces malades, les guérir même à la longue, mais en réformant ces mauvaises habitudes, ce qui n'est pas facile.

Exosmose des liquides. — Cette exosmose se lie souvent à la dilatation d'estomac, elle est une cause de dyspepsie. C'est surtout dans cette forme que Kussmaul a vanté l'évacuation de la cavité de l'estomac au moyen d'une pompe et le lavage consécutif de l'organe avec une eau légèrement alcaline ; cette pratique a été vulgarisée et pratiquée en France par M. G. Sée, par M. Leven, qui a étudié avec le plus grand soin l'influence nuisible de la dilatation excessive de l'estomac, apparaissant sous l'influence des repas mal réglés, trop fréquents, trop abondants, d'une mastication insuffisante de boissons gazeuses abondantes. La thérapeutique efficace doit avoir pour base la réforme de ces mauvaises habitudes.

Causes diverses. — Il me reste à passer rapidement en revue les différentes causes de dyspepsies énumérées par les auteurs et que je n'ai point encore indiquées. L'*hérédité* : oui certainement ; c'est une cause bien constatée de dyspepsie, mais vous héritez des mauvaises habitudes de vos parents ou vous les prenez. Réformez-vous, et la loi fatale de l'hérédité perdra beaucoup de sa valeur.

Professions sédentaires. — A n'en pas douter la dyspepsie est fréquente dans ces professions qui n'usent pas du remède *l'exercice ;* le *désœuvrement*, les *préoccupations tristes* conduisent au même but, à *l'inertie*, et souvent à l'alcoolisme ou au nicotisme. Supprimer ces modificateurs, vivre en paix et en joie avec des habitudes journalières sagement réglées, qui utilisent convenablement les forces du corps et de l'esprit, voilà le remède.

La *misère physiologique*. — Les états divers qui y conduisent, l'alimentation insuffisante, les excès vénériens, l'allaitement trop prolongé, la leucorrhée, les vêtements trop étroits, les corsets trop serrés, et par opposition le relâchement des parois abdominales conduisent encore à la dyspepsie ; éloignez ces causes et vous guérirez.

Conclusions. — Le sujet que j'ai essayé de traiter sommairement, et, je le reconnais, très imparfaitement, est un des plus difficiles de la médecine.

On comprend, comme on l'a vu, sous le nom de *dyspepsies*, un grand nombre d'affections étiologiquement différentes. Il faudra en constituer des maladies distinctes. Guidés par l'anatomie pathologique, Chomel et Louis ont réuni magistralement sous le nom de *fièvre typhoïde* une foule d'affections différentes. C'est le progrès réalisé par la synthèse ; pour la dyspepsie, il faudra employer une autre méthode : par l'analyse on constituera des entités morbides différenciées par leurs causes, par leurs symptômes, par leur traitement. Quoi qu'il en soit de cet avenir, j'espère qu'on conclura avec moi que la thérapeutique étiologique est la voie dans laquelle il faut s'efforcer de marcher et qu'elle est aussi sûre qu'inoffensive.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la valeur comparative du pansement de Lister et du pansement par l'alcool ;

Par le professeur Maurice Perrin, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.

Est-il encore opportun d'agiter la question des pansements ?

Après quelques tergiversations, j'ai pensé que *oui*.

Les discussions récentes de l'Académie de médecine ont mis en évidence la valeur de la méthode antiseptique, quelles que soient d'ailleurs les opinions de chacun sur le mode d'infection des blessés.

Ce qui reste à faire et à poursuivre, c'est la détermination de la valeur comparative des différentes méthodes conseillées ou appliquées pour atteindre le but. A ce point de vue plus concret, plus pratique, il m'a paru qu'il ne serait pas sans intérêt de savoir

ce que pense la Société de chirurgie, et surtout de savoir ce que l'expérience a appris à chacun de ses membres. Dans les écrits, dans les journaux, dans les communications du jour, il n'est question que de méthode antiseptique. Il semblerait que chaque chirurgien, au moment de parler ou d'écrire, eût à cœur de commencer par un acte de foi en sa faveur.

Mais, qu'est-ce que c'est que cette méthode? Rarement on le dit, mais aisément on le devine; ce n'est ni le pansement ouaté, ni le pansement à l'alcool, ni tout autre, car alors on le dit. C'est exclusivement, je crois, le pansement de Lister. Ce dernier serait donc actuellement considéré par le plus grand nombre des chirurgiens comme la meilleure formule du pansement antiseptique. C'est contre cette exagération, contre cet entraînement que je désire réagir.

A mon avis, nous avons en France depuis longtemps, avant Lister, une méthode antiseptique probablement meilleure, mais certainement plus simple, plus pratique que le pansement de Lister.

S'inspirant des belles découvertes de Pasteur et des travaux de Tyndall, notre éminent confrère de Londres a posé en principe que les germes atmosphériques sont non seulement les éléments de toute altération septique de la plaie et du sang, mais encore la cause de la production du pus. Il s'est proposé pour but de purger l'atmosphère de ces germes, de les détruire dans le voisinage de la plaie, sur la surface de la plaie même, de façon à les empêcher de nuire. Et vous savez avec quel soin consciencieux, méticuleux même il procède pour se préserver! Les instruments, les mains des aides, la peau du malade, sont soigneusement désinfectés; les pièces du pansement et jusqu'aux cordes à boyau destinées aux ligatures, sont purifiées par des macérations très prolongées dans une solution phéniquée : celle-ci est en outre pulvérisée dans l'air à l'aide d'un puissant appareil, de façon à tuer les germes au vol (passez-moi cette expression) et faire autour du blessé une atmosphère aseptique.

Depuis longtemps je suis partisan des doctrines de Pasteur; mais j'en déduis des applications différentes de celles de Lister.

Ne perdons pas de vue que, dans tout phénomène d'altération putride, plus ou moins analogue aux phénomènes de fermentation, il faut deux éléments : le germe d'abord et puis un terrain propre à la culture. M. Lister n'a eu en vue que le germe; il ne

s'occupe pas du terrain, et c'est en cela que je trouve sa méthode défectueuse. Le pansement qui porte son nom, sauf le luxe de précautions qu'il représente pour défendre la plaie contre l'accès des germes atmosphériques, ne diffère en rien des autres pansements par réunion mixte, dont l'Ecole de Bordeaux, en particulier et personnellement M. Azan, ont fait connaître les avantages dans ces derniers temps. Toute la question, pour juger la valeur de la méthode, est donc de savoir si ces précautions sont efficaces, si elles purgent effectivement, et le pansement et l'atmosphère, de nos invisibles ennemis. La chose vaut la peine d'être examinée de près, parce que rendre un objet, un instrument et surtout un milieu aseptiques, semble, *à priori*, une entreprise fort difficile. Les expérimentateurs les plus habiles, les plus convaincus, comme Tyndall et Pasteur par exemple, ne nous laissent aucun doute à cet égard : ils nous ont appris que les germes atmosphériques, sous un certain état de leurs transformations dit *état corpusculaire*, échappent à la plupart des causes de destruction connues, à la chaleur jusqu'à 140 degrés, à l'acide phénique, à l'alcool, etc.

Je n'ai connaissance d'aucun écrit, d'aucune expérience de Lister qui me permette de savoir si notre ingénieux confrère de Londres atteint son but. Si c'est une lacune dans mes connaissances, ce qui pourrait bien être, je serai reconnaissant à notre collègue M. Lucas-Championnière, qui s'est fait parmi nous l'habile vulgarisateur du pansement de Lister, de vouloir bien la combler.

Quoi qu'il en soit, j'ai voulu voir par moi-même, et j'ai institué, avec mon collègue du Val-de-Grâce, M. Marty, professeur de chimie, des expériences qui ont formé ma conviction à ce sujet, que je vous demande la permission d'exposer avec détails dans le but principal de les faire contrôler et sanctionner. Si les pulvérisations phéniquées sont efficaces, si elles détruisent les germes, il est évident qu'elles doivent avoir pour effet, comme le filtre de coton, comme les tubes recourbés de Pasteur, d'empêcher tout travail de fermentation. Si ce travail se produit, c'est que les germes existent, c'est que les pulvérisations phéniquées sont une garantie illusoire.

Nous avons choisi comme liquides de culture de la décoction d'orge, de l'urine, du lait et du sang. Nous avons constaté d'abord qu'il n'existait dans ces liquides aucun microzoaire,

De ces liquides nous avons fait deux parts : l'une a été placée sous une cloche contenant de l'air emprunté à une salle de chirurgie ou introduite dans un ballon rempli d'air pris dans la même salle; l'autre a été placée sous une cloche ou introduite dans un ballon contenant de l'air phéniqué. Nous nous sommes servis, pour répandre des vapeurs phéniquées, du pulvérisateur recommandé par M. Lucas-Championnière. Nous l'avons fait fonctionner avant et pendant toute la durée de la manipulation, comme s'il s'était agi de faire ce que l'on appelle l'*atmosphère opératoire*.

Les liquides ont été examinés à deux reprises distinctes avec les résultats suivants :

Examen au troisième jour. — 1° La décoction d'orge abandonnée à l'air fourmille de bactéries ;

2° La décoction d'orge placée dans un ballon, au contact de l'air des salles, est trouble ; elle renferme un très grand nombre de bactéries petites et très vivaces;

3° La décoction placée dans les mêmes conditions et phéniquée a le même aspect trouble ; elle renferme autant de bactéries;

4° Le lait conservé sous une cloche dans une atmosphère phéniquée est couvert d'une pellicule jaune orangé : il exhale une odeur fétide et renferme une grande quantité de bactéries très vivaces, moins grandes que celles de la décoction d'orge ; on y trouve aussi une grande quantité de monades vivantes ;

5° L'urine, placée dans les mêmes conditions, est fétide, sans dépôt; d'acide, elle est légèrement alcaline. Pas de bactéries.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement de la métrorrhagie par l'infusion de café noir ;

Par le docteur A. DESPRÉS,
chirurgien de l'hôpital Cochin, professeur agrégé.

On a déjà proposé pour remédier aux métrorrhagies un grand nombre de médicaments. Le hasard m'ayant fait essayer un agent thérapeutique que nous avons toujours sous la main, je publie aujourd'hui le troisième fait très net qui démontre l'action

de l'infusion de café : le premier avait trait à une malade atteinte de métrorrhagie, suite de fausse couche, qui avait résisté à tous les moyens hémostatiques ; le second fait est relatif à une malade qui avait une métrorrhagie liée à une anémie profonde, et due très probablement à des excès de toutes sortes. La métrorrhagie avait résisté à tous les traitements et la malade était venue à la consultation de Cochin. Il n'y avait pas de lit ; je lui prescrivis six tasses de café noir dans la journée, et je lui dis de revenir à la consultation le surlendemain. Ce jour elle ne vint pas, mais elle m'écrivit un mot pour me dire qu'après avoir pris ses six tasses de café noir elle avait été comme grise pendant vingt-quatre heures, qu'elle s'était ensuite endormie, et qu'à son réveil elle ne perdait plus. Nous l'avons vue depuis, elle était bien guérie et n'avait plus de pertes.

Voici l'observation qui vient d'être recueillie à l'hôpital Cochin :

Observation. — *Métrorrhagie essentielle, infusion de café noir ; guérison* (recueillie par M. Ovion, interne du service). — La nommée Pichot (Rosalie), âgée de vingt-six ans, domestique, entrée le 24 janvier 1879, salle Cochin, lit n° 7. — Dans son enfance et dans sa jeunesse, la malade dit n'avoir fait aucune espèce de maladie.

Elle n'a jamais eu d'épistaxis, ni aucun accident qui puisse faire soupçonner l'hémophilie.

La première apparition des règles a eu lieu à dix-neuf ans. Pendant la première année elles ne se montrent que trois fois à de très longs intervalles. Au bout de ce temps elles se régularisent.

Vers cette époque, la malade, ayant vingt ans, a éprouvé pendant sept semaines des accès de fièvre revenant tous les deux jours, pour lesquels elle n'a subi aucun traitement et qui auraient cessé, dit-elle, à la suite d'un pèlerinage.

La malade quitte la campagne, où elle avait toujours vécu (Bretagne), pour venir à Paris au commencement du mois de janvier 1878.

Sa santé reste bonne et les règles absolument régulières jusqu'au mois de septembre de la même année.

En septembre, l'écoulement menstruel se fait comme d'habitude, mais huit jours après qu'il eut cessé, à la suite d'un long voyage en chemin de fer, la malade perdit du sang pendant quatre jours.

En octobre, les pertes se reproduisent tous les quinze jours et durent huit jours.

En novembre, elles se montrent tous les huit jours et durent quatre jours.

Au commencement de décembre, les pertes durent cinq jours et sont très abondantes.

Pendant un mois la malade ne perd pas, le 2 janvier l'écoulement reprend et dure cinq jours, puis le 10 il réapparaît encore et ne cesse plus jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital.

La malade est examinée le 25 janvier au matin. Elle est vierge ; par le toucher rectal combiné au palper abdominal on peut se rendre compte que l'utérus a les dimensions et la mobilité de l'utérus vierge normal, et que le bassin est parfaitement libre. M. Desprès, diagnostique une métrorrhagie essentielle, peut-être une épistaxis utérine, prélude d'une fièvre typhoïde ou de la tuberculose.

Pendant deux jours la malade est tenue au repos absolu. L'écoulement diminue un peu d'intensité, mais ne discontinue pas.

Le 27, on prescrit des applications de compresses imbibées d'eau froide. Ces applications devaient être faites très rapidement, de manière à provoquer un saisissement.

Pendant deux jours ce traitement est appliqué sans résultat.

Le 29 et le 30 janvier tout traitement est suspendu. L'écoulement continue toujours.

Le 31, on prescrit à la malade cinq tasses de fort café noir. Elle n'en prend que trois.

L'écoulement continue et devient même plus abondant. La malade rend quelques caillots.

Mal de tête, insomnie ; la malade éprouvait quelque chose comme un commencement d'ivresse.

Le 1er février, la malade prend quatre tasses de café. L'écoulement se calme beaucoup.

Le 2, une dernière tasse de café est prise. L'écoulement cesse complètement.

L'insomnie et l'agitation ont été complètes pendant ces trois jours. La malade dort un peu dans la nuit du 2 au 3 février.

Le 18, l'écoulement n'a pas reparu.

Nous ajoutons ici pour mémoire l'état de la poitrine :

Examen stéthoscopique : cœur, souffle anémique à la base ; poumons, sommet gauche, en arrière, craquements peu nombreux et pas constants ; sommet droit, en avant, bruits du cœur nettement perçus, un peu d'affaiblissement de l'inspiration et expiration bruyante. Mêmes caractères en arrière.

La malade qui est sortie de l'hôpital a eu ses règles pendant quatre jours le 26 février, elle est sortie de l'hôpital le 8 mars, pour aller au Vésinet.

Il n'y a pas lieu de dire encore comment agit le café noir. Les expériences faites jusqu'ici semblent prouver que le café et

la caféine agissent sur le cœur en précipitant ses contractions, mais c'est tout. Peut-être le café agit-il sur le muscle utérin et en active-t-il les contractions au même titre que l'ergot de seigle ?

THÉRAPEUTIQUE OBSTÉTRICALE

Du palper abdominal ;

Par le docteur S. Budin, chef de clinique d'accouchement, etc.

M. le docteur Pinard vient de publier un ouvrage intitulé : *Du palper abdominal au point de vue obstétrical de la version par manœuvres externes*. Ce livre est divisé en trois parties : la première est une étude sur l'accommodation du fœtus et sur les causes des diverses présentations ; la seconde est un exposé du palper abdominal au point de vue de l'obstétrique ; la troisième indique les moyens de fixer et d'engager la tête fœtale dans la dernière période de la grossesse et de transformer définitivement la présentation de l'épaule et celle du siége en présentation du sommet pendant cette même période.

Laissant de côté les discussions de doctrines, l'exposé de l'accommodation et de ses causes telles qu'elles sont comprises par l'auteur, l'historique du palper et de la version par manœuvres externes, etc., nous nous bornerons à prendre dans le texte même de M. Pinard ce qui peut principalement intéresser le praticien.

Soins préliminaires. — « Pour pratiquer le palper, la femme doit être couchée. Bien qu'on puisse le plus souvent explorer tout l'abdomen quand la femme est couverte de ses vêtements, en prenant le soin de relever ces derniers jusque vers la région épigastrique, il est préférable de pratiquer le palper, la femme étant couchée dans son lit, revêtue seulement de sa chemise.

« Le décubitus doit être aussi horizontal que possible. On devra enlever les oreillers et laisser la tête reposer sur le traversin ou sur un seul oreiller, quand la situation horizontale est trop pénible. Il faut faire étendre les membres inférieurs en les tenant légèrement écartés, afin de rendre les branches horizontales du pubis facilement explorables.

« La femme ne doit pas être au milieu du lit, mais assez rapprochée du bord pour que l'examen ne soit ni pénible pour la femme, ni fatigant pour l'opérateur. Il faut être prévenu égale-

ment que bien souvent, dès le début de l'exploration, le muscle utérin se contracte (contraction indolore de la grossesse), et la main ne rencontre plus qu'un globe ayant une dureté ligneuse et ne pouvant être déprimé en aucun point de sa surface. Il faut alors savoir attendre et, après une durée qui excède rarement quelques minutes, l'utérus entre dans une période de relâchement pendant laquelle seulement l'examen peut être pratiqué avec fruit. Enfin je ne saurais trop insister sur un détail qui a bien cependant son importance : je veux parler de la température des mains de l'explorateur. Outre que rien n'est plus désagréable pour les femmes que l'application de mains froides sur la paroi abdominale, le sens du tact est moins développé, ainsi qu'on le sait très bien, quand la température des mains n'est pas assez élevée.

« On peut se placer indifféremment soit à droite, soit à gauche de la femme, mais il est nécessaire que l'accoucheur se place à peu près à la hauteur de l'ombilic. On recherche alors quelle peut être l'épaisseur de la paroi abdominale, car les sensations perçues seront plus ou moins nettes, superficielles, suivant que la paroi abdominale est plus ou moins épaisse. »

Exploration de l'excavation. — « Il faut aller chercher le pubis et ses branches horizontales, c'est-à-dire l'ouverture supérieure de l'excavation ou la partie antérieure du détroit supérieur. Ce point de repaire est indispensable à reconnaître, c'est après seulement qu'il sera possible d'apprécier le degré plus ou moins prononcé de l'engagement de la région fœtale, suivant qu'on la trouvera au-dessus ou au-dessous de ce point.

« Chez presque toutes les femmes, il est facile de trouver avec l'extrémité des doigts le bord supérieur de l'arc antérieur du bassin ; chez quelques-unes, et en particulier chez celles qui ont la paroi abdominale mince et extensible et l'utérus en antéversion, le ventre en obusier, ou bien chez celles qui ont une inclinaison très accentuée du détroit supérieur, une antéversion du bassin, il faut d'abord relever le ventre avec la paume de la main, puis après, aller à la recherche des points de repère indiqués. Il faut ensuite explorer, interroger l'excavation. Pour cela, plaçant les mains à 5 ou 6 centimètres à droite et à gauche de la ligne médiane, l'extrémité des doigts en rapport avec l'arc antérieur du bassin, on déprime la paroi abdominale de haut en bas et d'avant en arrière, en rasant les branches horizontales du pubis.

« En opérant convenablement, deux sensations seulement peu-

vent être perçues : ou bien les doigts éprouvent une sensation de résistance résultant de la rencontre d'un corps dur, volumineux, arrondi, qui remplit l'excavation, et ne peuvent pénétrer plus profondément ; ou bien, au contraire, les doigts ne rencontrent qu'une résistance fournie par les parties molles, et peuvent s'enfoncer plus ou moins bas. Dans le premier cas, l'excavation est remplie : dans le second elle est vide de parties fœtales »

Examinons ces deux points : excavation pleine et excavation vide.

Excavation pleine. — « Le corps que l'on rencontre offre toujours les caractères suivants : il est arrondi, régulier, résistant et remplit en totalité ou en partie l'excavation. Ces caractères ne peuvent appartenir qu'à l'extrémité céphalique ; d'autre part, le palper étant pratiqué pendant la grossesse, c'est-à-dire avant le début du travail, ce ne peut être que l'extrémité céphalique fléchie, le sommet, car jamais pendant la grossese on ne rencontre dans l'excavation l'extrémité céphalique défléchie (la face), le siége ou le tronc. Des cinq régions fœtales qui peuvent se présenter avant le travail, le sommet seul s'engage. En raison de la conformation anatomique et du volume des autres régions, il est nécessaire, indispensable, pour que leur engagement se produise, que des contractions puissantes, fréquentes existent ; et ces dernières n'apparaissent que pendant le travail de l'accouchement, et nullement pendant la gestation.

« Donc, premier point extrêmement important. La déduction constante et essentiellement pratique qui découle de cette simple constatation; à savoir que chez une femme enceinte il y a une région fœtale qui plonge dans l'excavation, est la suivante : la présentation est celle du sommet.

« Second point : quand le sommet est engagé, toujours la tumeur céphalique est plus accessible, plus saillante d'un côté que de l'autre ; ainsi, tandis que les doigts d'une main pourront descendre plus ou moins dans l'excavation, les doigts de l'autre seront arrêtés plus tôt, en un point qui avoisine le détroit supérieur. Cette portion de la sphère céphalique plus saillante, plus accessible, est constituée par la région frontale.

« D'après la connaissance exacte que nous possédons maintenant du mécanisme suivant lequel le fœtus pénètre dans la filière pelvienne et la traverse, nous savons que la tête ne peut s'engager qu'en se fléchissant ; alors, au fur et à mesure que

l'occiput descend, le front se relève (le diamètre occipito-mentonnier bascule et s'engage par l'une de ses extrémités), de sorte que, même quand, comme chez les primipares, la tête, entraînant avec elle le segment inférieur de l'utérus, est plongée et immobilisée dans l'excavation, en reposant sur le plancher pelvien, le front est encore accessible au niveau ou un peu au-dessous du détroit supérieur.

« En résumé : présentation du sommet, tumeur céphalique plus accessible à droite, position gauche ; tumeur céphalique plus accessible à gauche ; position droite.

« L'extrémité inférieure étant reconnue, il faut chercher l'extrémité supérieure. On rencontrera presque toujours cette dernière au fond de l'utérus, soit directement sur la ligne médiane, soit inclinée à droite ou à gauche. En explorant cette extrémité, on éprouve la sensation que fournit un corps volumineux, irrégulier, d'une consistance moindre que celle fournie par la tête, et de plus, accompagné souvent de petites parties.

« Ayant ainsi exploré l'extrémité supérieure de l'ovoïde fœtal supérieur, constituée par le siège complet ou décompleté, on doit, pour établir le diagnostic de la variété de la position, ou de la position et de sa variété, si les caractères que j'ai donnés du front et de l'occiput n'ont pas été assez nettement perçus, rechercher la situation et la position du dos. Pour cela on se rendra compte, en déprimant la paroi abdominale, de quel côté se trouve le plan résistant, continu, qui joint, qui unit le pôle fœtal supérieur au pôle fœtal inférieur.

« Ou bien le dos est en avant et on peut, pour ainsi dire, le circonscrire, ou bien il est en arrière et l'on ne suit, l'on ne perçoit alors qu'un des plans latéraux.

« Quand on a trouvé le dos ou le plan latéral d'un côté, il est nécessaire de déprimer de la même façon, la paroi abdominale du côté opposé, afin d'obtenir un terme de comparaison pour apprécier la différence de sensation fournie par la résistance du plan fœtal ou par la rénitence du liquide amniotique. »

Excavation vide. — « Dans ce cas on trouve l'extrémité inférieure de l'ovoïde fœtal, soit au-dessus de l'aire du détroit supérieur, soit dans l'une des fosses iliaques.

« On peut, d'une façon générale, être à peu près sûr de rencontrer une grosse extrémité en rapport avec le grand bassin.

L'autre extrémité est bien facile à trouver, car quand une des fosses iliaques est occupée par une des extrémité du fœtus, l'autre est toujours dans le flanc du côté opposé. Les deux extrémités trouvées, il faut rechercher si la tête est en haut ou en bas ; ce diagnostic différentiel ne présente aucune difficulté. D'abord, chaque extrémité peut être reconnue par ses caractères propres ; mais de plus, un signe qu'on pourrait appeler pathognomonique servira immédiatement à lever tous les doutes.

« Ce signe est le ballottement qu'on perçoit lorsqu'on imprime à la paroi abdominale en rapport avec l'extrémité céphalique, une impulsion, une dépression un peu brusque. On sent alors combien cette partie fœtale se détache mieux de la paroi abdominale que l'extrémité pelvienne ; elle ballotte véritablement, ce qui n'arrive pas lorsqu'on exerce des pressions semblables au niveau de l'extrémité pelvienne.

« La recherche du dos permettra alors de faire le diagnostic de la position et de sa variété. »

M. le docteur Pinard n'admet pas que la présentation de la face puisse être observée pendant la grossesse. Ce serait donc toujours pour lui une présentation du travail : on la reconnaîtra aux caractères suivants.

« Dans la présentation de la face, dit-il, l'exploration de l'excavation permet de reconnaître la présence d'une grosse tumeur au-dessus, au niveau ou au-dessous du détroit supérieur, suivant la période du travail à laquelle correspond l'examen. De plus, cette tumeur paraît n'occuper qu'un côté ou plutôt qu'une moitié du petit bassin ; très arrondie, très volumineuse, très accessible d'un côté, elle semble manquer de l'autre. Portant alors la main au fond de l'utérus, on trouve à ce niveau, mais généralement du côté où la tumeur pelvienne est plus saillante, le siège qu'on reconnaît à ses caractères.

« Pour bien suivre et apprécier le plan résistant, il est indispensable de déprimer lentement et profondément la paroi abdominale, car cette surface résistante et continue semble s'enfoncer dans la cavité abdominale, tandis que les petites parties superficielles s'offrent facilement à la main ; cela résulte de la torsion du fœtus sur son plan dorsal.

« En opérant convenablement, on explore assez bien l'un des plans latéraux, et l'on ne tarde pas à reconnaître que la portion de la sphère céphalique plus accessible est en rapport avec le

dos ; de plus entre ce dernier et la tête, surtout quand le travail n'est pas très avancé, il existe un sillon assez profond dans lequel les doigts pénètrent quelquefois aisément.

« Ainsi, présence au niveau du petit bassin de l'extrémité céphalique, saillie de cette extrémité au niveau d'une des moitiés du bassin, dos en rapport avec cette saillie ; telles sont les sensations perçues et qui permettront de faire le diagnostic. D'après le docteur Budin, on peut dans certains cas sentir du côté opposé à la tumeur accessible une saillie en forme de fer à cheval nettement caractérisée et constituée par le maxillaire inférieur et le menton.

« Le signe pathognomonique de cette présentation obtenue par le palper est constitué par la présence du même côté, et de la portion accessible de l'extrémité céphalique et du dos. »

Après avoir insisté de nouveau sur le diagnostic des présentations du siége et de l'épaule et avoir montré leur danger, M. le docteur Pinard décrit la manière de faire disparaître ces présentations vicieuses, c'est-à-dire la version par manœuvres externes.

Manuel opératoire. — « Avant de pratiquer l'opération, il est nécessaire de faire placer la femme convenablement : dans le décubitus dorsal et horizontal, les membres inférieurs étendus et légèrement écartés, les bras étendus le long du corps, etc., comme lorsqu'on veut pratiquer le palper. Si pendant l'opération, une contraction survient, il faut cesser toute pression et attendre le relâchement complet.

« Deux cas seulement peuvent se présenter :

« 1° La tête repose au niveau d'une des fosses iliaques et le siège est dans le flanc opposé ;

« 2° La tête est en rapport avec le segment supérieur de l'utérus, le siège en bas.

« Dans le *premier cas*, il faut appliquer une main sur l'extrémité céphalique, l'autre sur l'extrémité pelvienne, et par une pression lente et *soutenue* exercée en sens inverse sur l'une et l'autre extrémité, souvent les deux pôles fœtaux sur la ligne médiane.

« Si la tête est en rapport avec le segment supérieur de l'utérus, le siège en bas, le premier temps de l'opération consiste à mobiliser le fœtus. Chez les multipares, généralement, cela est facile, les deux extrémités sont le plus souvent accessibles et la

laxité des parois abdominales antérieures permet de mobiliser le fœtus en totalité. Chez les primipares les deux extrémités peuvent se dissimuler et n'offrir qu'une prise imparfaite aux mains de l'opérateur.

« Tantôt la tète est plus ou moins profondément engagée sous les fausses côtes, et dans ce cas une portion de la masse intestinale vient s'interposer entre la paroi abdominale et l'utérus. Il faut alors chercher à déplacer la tête, soit en l'abaissant latéralement, soit en déplaçant le siège, et les mouvements communiqués ont presque toujours pour résultat de rendre la tête plus superficielle et par cela même plus accessible

« Tantôt la tête est préhensible, mais l'extrémité pelvienne, bien que non engagée, se présentant d'aplomb au détroit supérieur proémine légèrement dans l'excavation. Il est nécessaire alors, pour rendre l'extrémité pelvienne accessible, et en même temps pour rendre possible l'évolution du fœtus, de soulever légèrement cette extrémité en introduisant un doigt dans le vagin et en repoussant en haut le segment inférieur de l'utérus, sur lequel appuie la région fœtale qu'on dirige vers l'un des côtés du grand bassin. Ce temps de l'opération n'est ni difficile pour l'opérateur, ni douloureux pour la femme, ni dangereux pour l'enfant.

« Il est bien entendu que si, après quelques tentatives, l'évolusion n'avait aucune tendance à se produire, il faudrait s'arrêter. Mais il faut savoir que chez les multipares cette opération est facile et rapide, on éprouve plus de difficultés chez les primipares. Chez elles, les pressions doivent être plus soutenues, plus prolongées et encore ne réussit-on pas dans tous les cas, bien qu'on ait pris toutes les précautions afin de n'avoir pas à lutter contre les contractions involontaires des muscles de la paroi abdominale. »

Mais la version par manœuvres externes ne suffit pas, car le fœtus pourrait reprendre sa première situation. Il faut donc, la tête ayant été ramenée en bas, l'immobiliser et même, si le bassin est normal, déterminer la descente dans l'excavation. M. Pinard pense que dans ces cas « la paroi musculaire qui recouvre presque de tous côtés l'utérus à terme ne s'applique plus exactement sur ce dernier, ne le contient plus que mollement et, lui offrant une assez large place, ne le sollicite plus à descendre dans la cavité pelvienne. Pour donner à la paroi abdominale le

ressort qui lui manque et à la paroi utérine le soutien qui lui faisait défaut, il a fait fabriquer par M. Raoul Mathieu une ceinture particulière. Cette ceinture est appliquée sur l'abdomen après que la tête a été ramenée en bas.

« La compression, le premier jour, doit être modérée ; on la rend constante et uniforme en serrant la ceinture les jours suivants.

« Dans tous les cas où elle a été appliquée, cette ceinture a été parfaitement supportée ; le plus souvent même un soulagement, un bien-être marqué en ont été la conséquence. Jamais il n'en est résulté aucun inconvénient, ni pour la mère ni pour l'enfant.

« Cette ceinture peut être enlevée quand, pendant le travail, la tête plonge dans l'excavation » (il vaut mieux cependant, pour plus de sûreté, la laisser en place, telle est notre opinion qui s'appuie sur plusieurs faits) « au moment de la dilatation complète seulement et après la rupture des membranes quand la tête est restée au niveau du détroit supérieur. »

M. le docteur Pinard « n'applique pas seulement la ceinture après avoir pratiqué la version par manœuvres externes, mais même dans les cas où, à huit mois, bien que la tête soit en bas, il n'y a aucune accommodation pelvienne. Je crois qu'en sollicitant l'accommodation complète pendant la grossesse, on peut faire disparaître les diverses procidences des membres et du cordon, ainsi que les présentations de la face. »

Telles sont les parties les plus importantes au point de vue pratique que nous pouvons signaler dans l'ouvrage de M. le docteur Pinard. Le lecteur y trouvera en outre des vues théoriques ingénieuses sur l'accommodation, une étude intéressante des causes des diverses présentations, et une série d'observations qui apportent une sanction clinique à ses idées. L'accoucheur, grâce au palper qui lui permet de faire pendant la grossesse un diagnostic précis, grâce à la version par manœuvres externes et à l'application de la ceinture, est donc capable, dans la plupart des cas, de corriger efficacement avant le début du travail les présentations vicieuses. Un grand progrès est ainsi réalisé.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des accidents qui peuvent survenir chez les morphiomanes; morphinisme et traumatisme (1);

Par M. le docteur L.-Henri PETIT,
sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

Accidents inflammatoires locaux. — Dans une discussion récente soulevée à la Société de thérapeutique, M. Dujardin-Beaumetz en a signalé plusieurs cas, dont l'un s'est terminé par la mort (2). M. Constantin Paul a observé des faits analogues, quoique moins graves.

Dans une observation de M. Desnos, « parfois, sous l'influence de piqûres trop réitérées et des phénomènes de cachexie qui accompagnaient des excès inaccoutumés de morphine, d'une diète plus complète encore qu'à l'ordinaire, ces parties s'enflammaient, devenaient très douloureuses, chaque piqûre était le point de départ d'un gros tubercule rougeâtre. Quelques-uns de ces tubercules se transformaient même en abcès; et il était alors nécessaire de maintenir pendant plusieurs jours les cuisses complètement enveloppées de cataplasmes de bouillie de fécule de pommes de terre. » (*Thèse de Calvet*, p. 61.)

Les mêmes phénomènes se sont manifestés chez une malade soignée par M. le docteur Laborde. (*Id.*, p. 72.)

M. Rigal a noté de petites inflammations sous-cutanées, circonscrites, qui succédaient à chaque piqûre, et donnaient lieu à une tuméfaction inflammatoire de la grosseur d'une demi-noix, persistant pendant trois ou quatre jours. (*Id.*, p. 68.)

Dans l'observation de M. Siredey, citée plus haut, le malade, comme nous l'avons dit, était arrivé à un état de cachexie extrême. A cette époque, les injections de morphine, qu'il avait bien supportées jusque-là, déterminèrent de nombreux abcès; de plus, une brûlure légère qu'il s'était faite au poignet gauche avec le bout de son cigare s'était transformée en un ulcère large comme une pièce de 2 francs, profond de 3 millimètres et recouvert d'une pulpe grisâtre. (*Id.*, p. 75.)

---

(1) Suite, voir le numéro précédent.

(2) *Bull. de Thér.*, 30 janvier 1879, p. 87.

Accidents inflammatoires à distance.—Dans l'observation précédente, outre les phénomènes survenus au siège des piqûres, nous voyons une ulcération survenir en un point où l'on ne faisait pas d'injections de morphine.

Cet accident à distance se retrouve également dans la note suivante que M. le professeur Trélat a bien voulu nous communiquer :

Morphinisme chronique. — Dans un cas, abcès locaux, probablement dus à la malpropreté de la seringue et à l'impureté du liquide ; dans l'autre, abcès locaux et à distance :

Obs. II. — J'ai observé, il y a quinze ans, une jeune fille de vingt-sept à vingt-huit ans, ayant été traitée par différents médecins et pendant longtemps pour de graves accidents hystériques.

Je fus appelé à la voir pour de petites tumeurs multiples très nombreuses, disposées parfois en chapelet, faisant à la surface de la peau un petit relief légèrement violacé et peu considérable. Ces petites tumeurs, dont j'ignorais la nature et surtout l'origine, étaient molles, et quelques-unes fluctuantes ; la petitesse des autres empêchait probablement de reconnaître la fluctuation.

Après avoir recherché en compagnie de mon ami le docteur Millard, qui m'appelait près de la malade, quelles pouvaient être les causes d'une semblable affection, constatant que toute hypothèse de maladie contagieuse ou virulente, de fièvre éruptive, devait être repoussée, nous reconnûmes que les plus volumineuses de ces tumeurs, qui n'excédaient pas une noisette dépouillée de son enveloppe et qui siégeaient de préférence à la partie inférieure de la paroi abdominale, sur les épaules, sur les parties latérales du bassin et des cuisses, étaient des abcès, et qu'il fallait, en somme, donner issue à leur contenu. J'ouvris donc un certain nombre des plus volumineuses, cinq ou six dans la même séance.

Je dirai de suite que, dans l'espace de cinq ou six semaines, je fis l'ouverture de plus de cinquante de ces abcès.

Pendant ce temps, toujours préoccupés de l'origine de ces singuliers abcès, nous n'avions pas tardé à incriminer les injections sous-cutanées de morphine, qui étaient faites par une religieuse, garde de la malade.

Nous fîmes donc, sur une partie de peau qui était saine, pratiquer les mêmes injections avec le même liquide, et plus tard, comme terme de comparaison, des injections avec de l'eau distillée parfaitement pure sur une autre partie de peau également saine. Or, les premières injections donnèrent des abcès, tandis que les dernières ne provoquèrent aucun accident. Cette double épreuve nous éclaira complètement, et il fut établi que des abcès multiples, cutanés et sous-cutanés, mais très peu profonds, à

cause de la maigreur du sujet, devaient être attribués aux injections de morphine et spécialement à l'impureté du liquide conservé trop longtemps et altéré dans un vase mal bouché.

Désormais les injections furent pratiquées plus rarement, avec plus de soin, avec des liquides limpides et convenablement renouvelés, et la malade n'eut plus d'abcès.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

Considérations sur l'exérèse des hameçons et des aiguilles. Aiguille à repriser disparue dans la fesse d'un enfant ; extraction impossible. Nouvel instrument proposé.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Quand on parcourt les auteurs classiques dans le but d'y trouver des indications sur l'exérèse des corps étrangers ayant pénétré de dehors en dedans à travers nos tissus, on constate que, à part les procédés opératoires conseillés pour les balles, les éclats d'obus, les grains de plomb et tous les fragments de métal lancés par les armes à feu, il n'y a à peu près rien de spécifié pour des corps tels que des aiguilles, des hameçons et autres engins semblables.

Guersant (*Notices sur la chirurgie des enfants*), Holmes (*Thérapeutique des maladies chirurgicales des enfants*), Sédillot (*Médecine opératoire*, 2e édit.), traitent surtout des corps étrangers introduits dans les voies naturelles : la bouche, la trachée, les bronches, l'œsophage, la vessie, le rectum, etc. Denonvilliers et Gosselin (*Compendium de chirurgie*), à propos des plaies par instruments piquants, ne disent rien qui soit spécial à celles produites par les aiguilles. Dans la plupart des traités de médecine opératoire, il est plutôt question des blessures faites par des pointes d'épée, de sabre, de baïonnette, de fleuret, qui seraient restées fixées dans le corps. Le professeur Léon Le Fort donne, à ce sujet, des préceptes judicieux (*Manuel* de Malgaigne, 8e édit., 1re partie, p. 154). Vidal (de Cassis), 3e édit., t. I, cite même le cas d'un officier de la garde nationale qui, dans une petite guerre, eut la poitrine traversée par une baguette laissée imprudemment dans un fusil. La baguette, enfoncée dans une vertèbre, ne put être retirée qu'après la mort, sous les yeux de Velpeau, par l'habile Charrière, qui improvisa un instrument ingénieux. Et c'est en vain que l'on cherche dans le *Répertoire de thérapeutique*

chirurgicale du docteur Gillette (1877), qui résume si bien la chirurgie journalière et contemporaine des hôpitaux de Paris, un fait analogue à celui que je rapporterai.

Tous les chirurgiens connaissent le meilleur procédé pour extraire les hameçons que les pêcheurs, souvent des enfants, s'accrochent aux oreilles, aux lèvres, à la face palmaire des doigts surtout. Ce procédé, point sanglant, pratique, rapide, dont l'inventeur est le simple bon sens, consiste en ceci :

« Faire pénétrer davantage et comme brusquement, dans les chairs, la pointe de l'hameçon, de manière qu'elle les traverse complètement. Sectionner aussitôt, en rasant la peau, cette pointe totalement dégagée avec son crochet, au moyen de bons ciseaux, ou d'une pince à esquilles; puis retirer vivement la tige de l'engin par la plaie d'entrée. En un mot, dans la majorité des cas, il faut que, sous la pression méthodique, mais énergique des doigts de l'opérateur, l'hameçon fasse lui-même son ouverture de sortie avec sa pointe, en achevant le trajet presque circulaire que la résistance des tissus, leur épaisseur ou l'amortissement de la force d'impulsion l'ont empêché d'exécuter. »

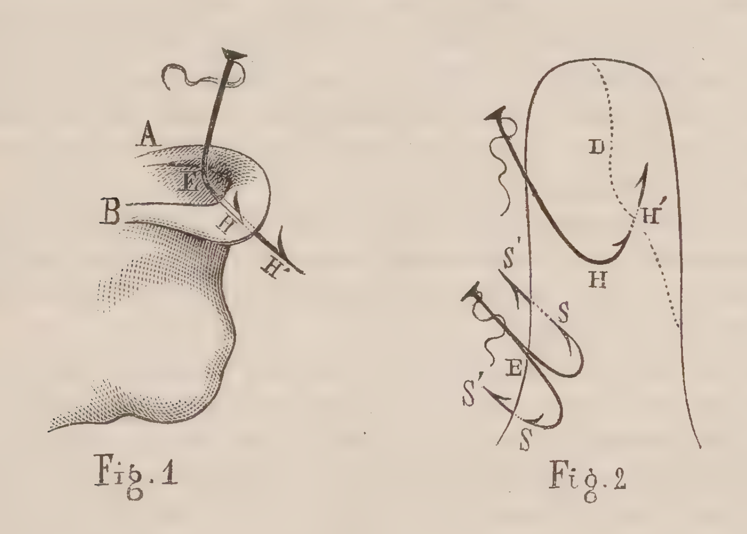


Fig. 1 Fig. 2

Soit AB (fig. 1), la lèvre inférieure blessée par l'hameçon H. Pour l'en retirer promptement, on lui fera décrire le trajet H'H'. On sectionnera en H', et l'on retirera la tige de l'engin par E (1).

Dans la même hypothèse (fig. 2), si la courbure de l'hameçon est forte, il faudra presser sur la face antérieure de la lèvre, de manière qu'en la déprimant suivant la ligne pointillée D, elle se présente ainsi au-devant de la pointe H', qui la percera. On coupera, etc. Enfin, si l'hameçon, très-petit, a une courbure encore plus prononcée, on devra lui faire traverser la face postérieure de la lèvre en S', suivant les directions SS' (fig. 2); c'est-à-dire qu'il ressortira à quelques millimètres au-dessus ou au-dessous de

(1) La figure 2 représente une lèvre inférieure, coupée verticalement sur la ligne médiane.

son point d'entrée. On sectionnera la pointe en S, et l'on extraira la tige par E. Il est évident que si la pointe est très-superficielle, menaçant de perforer la peau, il suffira de presser de chaque côté pour qu'elle se montre à nu. Tels sont les faits de ce genre les plus fréquents et les moyens d'extraction dictés par le bon sens.

Il est presque inutile de faire remarquer que, dans les blessures des faces palmaire ou dorsale des doigts, on aura recours à des procédés analogues. Je ne vois guère que le fait (possible surtout chez les enfants) d'un hameçon traversant même les tendons pour se fixer dans l'os d'une phalange qui nécessite une pratique différente.

Plutôt que de s'en tenir à l'expectation, qui, fatalement, donnera lieu à un panaris ostéo-fibreux, traumatique, compliqué de corps étranger, affection longue et douloureuse, justiciable de débridements, et devant se terminer par la suppuration pour l'élimination du corps du délit, le chirurgien devra :

1° Débrider de suite parallèlement aux tendons ; les soulever, les écarter, et toujours les respecter ;

2° Se servir d'une petite gouge pour évider l'os au niveau de la pointe de l'engin ; ou bien de la première petite vrille, pour perforer partiellement le tissu osseux ; voire même d'un très-petit cautère conique porté au rouge sombre, pour détruire la base d'implantation du corps étranger; dans tous les cas pour l'ébranler et le délivrer.

Cette pratique serait plus rationnelle que l'expectation. qui serait suivie d'accidents inflammatoires, sans préjudice des chances de tétanos, névrose grave et fréquente surtout après les piqûres des doigts et des orteils.

Pour l'exérèse des aiguilles, lorsque leur extrémité la plus volumineuse, ou celle du côté du chas, sera nettement en dehors de la peau, on pourra soit avec les doigts, soit avec une bonne pince les enlever prestement. Cependant, si elles offraient de la résistance, l'opérateur devrait, après avoir bien saisi l'extrémité saillante, imprimer à la totalité de l'aiguille de petites oscillations latérales, prudemment exécutées (dans la crainte d'une cassure possible), ou bien des mouvements de torsion sur l'axe longitudinal ; ce qui faciliterait l'extraction.

Si le corps étranger a été brisé dans l'épaisseur d'un doigt, sans atteindre l'os (j'ai vu nombre de fois le cas), on pourra, par des manœuvres semblables à celles décrites à propos de l'hameçon, en faire saillir la pointe sous la peau, à l'opposite du trou d'entrée, la lui faire perforer et la saisir solidement. Tels sont les moyens les plus simples et non sanglants.

Mais il n'en sera pas ainsi lorsque les aiguilles auront été cassées dans des chairs épaisses, au ras de la peau, même en restant très-visibles. En cette occurrence, il faudra pratiquer de petites incisions libératrices pour en dégarnir l'extrémité, de manière qu'elle puisse être sûrement pincée. Cette extraction est

plus délicate qu'on ne le se figure, *à priori*. Il semble que l'on va saisir d'emblée le fragment d'aiguille que l'on voit et que l'on touche. C'est une illusion !

Il faut quelquefois plusieurs reprises avant de réussir ; car la tête ou l'extrémité visible d'une aiguille cassée glisse et s'échappe des pinces. Et si, pour en faciliter l'exérèse, on croit devoir embrasser avec le pouce et les autres doigts toute l'épaisseur de la peau, on risquera beaucoup de compliquer la situation :

1° A cause de la tendance excessive, bien connue, qu'ont ces corps à s'insinuer dans les chairs, sous l'influence d'un mouvement, d'une contraction musculaire, ou d'un simple ébranlement de la région ;

2° Parce que, les tissus pouvant être ainsi ramenés presque au-dessus du corps étranger, il s'ensuivra un relâchement qui sera des plus favorables à sa migration vers leurs couches profondes.

Dans certaines régions, telles que l'épaule, la cuisse, la fesse, l'exérèse d'une aiguille disparue et comme perdue dans les chairs, quoique bien reconnue et sentie sous les téguments, sera loin d'être facile, malgré les précautions prises.

Les aiguilles ont, en effet, il est utile de le répéter, une tendance incroyable à se dérober sous les doigts du chirurgien, à égarer ses recherches, et à accomplir, en peu de temps, de véritables voyages, des trajets surprenants, pour s'arrêter ensuite dans des régions quelquefois très-éloignées de leur point d'entrée.

C'est dans ces circonstances plus scabreuses que le chirurgien devra déployer toute la sagacité dont il peut être doué ; se rappelant cette réflexion de de La Motte, à propos des accouchements difficiles : « La rencontre d'un obstacle imprévu, que l'accoucheur travaillant dans le fond d'une campagne sans médecins et chirurgiens qui puissent l'aider de leurs conseils, doit surmonter sur-le-champ, suscite des idées que l'érudition, le savoir et la méditation la plus profonde, séparés de la présence de l'objet, n'auraient pas entrevues. » (*Traité d'accouchements*, Paris, 1721, *préface.*)

L'échec que je viens de subir dans l'exérèse d'une assez grosse aiguille à repriser, dans la fesse d'un enfant, m'a donné l'idée d'un instrument simple, au moyen duquel le chirurgien pourra, le plus souvent, je crois, triompher des difficultés. Malheureusement je n'ai pas pu le faire construire séance tenante, et en procurer le bénéfice à mon petit blessé ! Cet instrument, que je nommerai *pince-poignard*, pourra être perfectionné par nos artistes ; je crois son principe juste.

Observation. — Le 30 novembre 1878, à midi, l'enfant Roy (Alexandre), sept ans, m'était présenté par sa grand'mère et sa mère, venant du village de Fontaudet, commune d'Archingeay, distant de 6 kilomètres de Saint-Savinien. Le trajet avait eu lieu en char à bancs.

Que s'était-il passé ?

A neuf heures du matin, après s'être assis sur un chauffe-pieds, l'enfant Roy s'était brusquement relevé en criant : « Oh! ça me pique dans...!! » En effet, un de ses pantalons, que sa grand'-mère était en train de repriser, avait été mis par hasard sur ce siége si préféré de nos petits campagnards pour se placer plus près du feu. Et l'aiguille à repriser, longue de 7 centimètres (j'ai mesuré la pareille), ayant un peu plus de 1 millimètre de grosseur vers le chas, dont l'aïeule s'était servie, avait été laissée dans le drap, la pointe en l'air. De sorte que ce fut en s'asseyant dessus que l'enfant la fit pénétrer dans sa fesse droite. Déculotté aussitôt, on ne reconnut sur la région qu'une simple piqûre, un point noir. Le bout de laine, très-court, qui était encore enfilé au moment de l'accident, fut entraîné par le pantalon reprisé, que l'enfant souleva un peu avec lui et qui retomba.

L'aiguille avait totalement disparu dans la fesse. Les parents ne firent aucune tentative pour la faire saillir en pressant autour de la piqûre ; mais ils crurent en sentir le gros bout sous la peau.

En écoutant ce commémoratif, et avant d'avoir vu, je pensai de suite à l'utilité probable de l'*explorateur électrique* de Trouvé. Cependant ce n'était guère le cas, puisqu'il n'y avait pas de plaie et que, du reste, la présence et la situation du corps métallique allaient m'être dévoilées par le toucher.

Diagnostic. — L'enfant Roy, assez docile, fut mis à plat ventre sur mes genoux. Sa grand'mère soutint le tronc et la tête ; la mère se chargea des jambes. Alors je pus constater :

1° Sur la fesse droite, la piqûre indiquée, trou d'entrée, fermé, situé sur une ligne verticale passant à peu près à la réunion du quart interne avec les trois quarts externes de la fesse et devant correspondre, comme hauteur, à la cinquième fausse vertèbre du sacrum, ou à la première du coccyx. Aucune saillie sous-cutanée n'était apparente ;

2° Avec l'index droit, je sentis parfaitement sous la peau, à 2 centimètres *en dedans* de la piqûre, la base ou le chas de l'aiguille. Sa mobilité était excessive sous le plus léger contact. En un mot, je reconnus de la façon la plus sûre un corps résistant et solide que je croyais toucher presque immédiatement. Mais je pressentis que la moindre fausse manœuvre allait soit le repousser dans les chairs, soit le dévier à droite ou à gauche, pour l'insinuer entre les tissus, tant son équilibre était instable.

Ailleurs, dans la région, rien ne pouvait faire admettre la présence de l'autre extrémité (pointe) sous les téguments. Pendant quelques secondes encore, j'explorai les alentours de la piqûre, avec d'extrêmes précautions, pour ne pas mobiliser cette aiguille vacillante et comme affolée ; et je fus convaincu qu'elle devait se trouver à 1 centimètre et demi de profondeur à peu près ; encore retenue par le tissu adipeux de la région et perpendiculairement enfoncée.

Indications et contre-indications. — Que faire ? La science répondait de débrider pour extraire. Tel est le principe.

Assurément, il serait presque banal de prouver ici combien il est facile d'opérer un débridement simple ou multiple, au niveau de la saillie bien reconnue que peut produire le gros bout d'une forte aiguille sous la peau. *A priori* même, on est presque tenté de croire que ce corps étranger, qui paraît très-superficiel, supportera, sans remuer, que l'on arrive avec le bistouri ou la lancette jusqu'à lui, pour l'entraîner aussitôt avec des pinces... Nouvelle illusion !

Ce qui est difficile, le véritable nœud gordien de la question, c'est d'immobiliser suffisamment l'aiguille pour que, pendant l'action de l'instrument libérateur (tant légère soit-elle), elle ne soit ni repoussée, ni déviée, et en définitive ni soustraite aux investigations du chirurgien ; ce qui arrivera le plus souvent sans cette précaution indispensable. A moins que, par un mouvement de bascule sur sa pointe, elle ne se soit placée en travers des couches les plus superficielles.

Mais ces nouveaux rapports sont impossibles dans l'hypothèse d'une aiguille forte, longue de 7 centimètres, et enfoncée perpendiculairement. Un moyen qui semble excellent et qui saute de suite aux yeux est le suivant :

Saisir avec les doigts de la main gauche l'épaisseur de la peau de chaque côté du point saillant que l'on a bien reconnu, de manière à fixer l'aiguille par une pression bilatérale. Ce procédé est dangereux, à moins qu'elle ne soit tout à fait superficielle, et encore !

Mais si, comme chez l'enfant Roy, elle se trouve à 1 ou 2 centimètres de profondeur, on s'exposera, c'est de toute évidence, à ramener ou ramasser la peau au-dessus d'elle ; d'où sa pénétration plus profonde et sa perte à peu près certaine. Avec une main vaste et puissante, ou bien encore avec les mains d'un aide, on pourrait peut-être comprimer la masse charnue de la fesse et fixer ainsi le corps étranger par une pression énergique ; il est cependant permis d'en douter (1).

Immobiliser l'extrémité de l'aiguille, l'empêcher de s'éloigner du point reconnu, tel était le problème à résoudre avant d'inciser.

Je pensai, sans m'y arrêter sérieusement, à un expédient des plus simples. Tout le monde s'est livré à cette distraction des écoliers qui, avec une tige cylindrique ou prismatique de fer aimanté, font osciller et marcher des plumes d'acier à travers l'épaisseur d'une feuille de papier. Le phénomène se produit également à travers un et même deux cahiers de papier à lettres, si l'aimant est bon et puissant.

---

(1) N'ayant pas de cadavre à ma disposition, je me suis assuré du fait sur de la viande de boucherie ; et soit avec les doigts, soit avec les deux mains, on ramène les tissus au-dessus de l'aiguille. En est-il ainsi sur le vivant ? C'est très probable !

Dès lors, je me demandai si, ayant un tel moyen à ma disposition, je n'aurais pas pu, par l'action de l'aimant, maintenir la grosse extrémité de l'aiguille avec une certaine force dans l'endroit où l'index la sentait parfaitement (1).

Je ne l'ai pas essayé. Il n'y avait pas de temps à perdre. L'enfant était assez docile, et voici le procédé auquel j'eus recours :

Opération. — L'index gauche fut d'abord placé en dedans de la saillie sous-cutanée encore reconnue, de manière qu'en déprimant avec précaution la fesse, il pût fournir ainsi, à la base de l'aiguille, une sorte de plan résistant latéral. Muni d'une bonne lancette, j'incisai couche par couche pour arriver sur la tête du corps étranger, et la pointe de ma lancette le heurta bientôt. Le jeune Roy était à peu près tranquille. J'en profitai donc pour bien inciser dans le fond de la petite plaie qui ne donnait que fort peu de sang, et pour substituer à la lancette une fine pince à disséquer, au moyen de laquelle je crus pouvoir saisir avec facilité le corps du délit. Ce fut en vain !

Et malgré la légèreté et la sûreté de ma main, je ne pus pas pincer la tête de l'aiguille. L'instrument ne toucha rien, ni au fond, ni à droite, ni à gauche de la plaie, pas plus que la lancette que j'introduisis de nouveau pour retrouver ce que j'avais cru pouvoir extraire rapidement. Ces différentes manœuvres furent exécutées en moins de temps qu'il n'en faut pour le dire. Les recherches faites autour de l'incision furent stériles. L'aiguille était complètement perdue pour moi.

L'enfant Roy et ses parents se retirèrent en promettant de m'informer de tout ce qui pourrait advenir.

Quoi qu'il en soit, je décrirai l'instrument que j'ai imaginé à cette occasion. J'ai déjà nommé la *pince-poignard*.

Voici son principe : Du moment où une aiguille disparue dans l'épaisseur de la fesse, par exemple, a une tendance excessive à gagner les régions profondes, elle doit être saisie avec légèreté et rapidité, lorsqu'on est sûr qu'on la sent bien avec l'index sous la peau, et sans communiquer d'ébranlement à la région qu'elle habite.

« Dans ce but, une pince plus longue que la pince à disséquer, ayant un mécanisme analogue, formée de deux moitiés exactement pareilles, dont les extrémités, larges de 4 à 5 millimètres, arrondies et très-coupantes, seront la terminaison des deux bords également très-coupants sur une longueur de 5 à 6 centimètres environ, pourra permettre de remplir les conditions énoncées.

« Sous la simple pression de l'index et du pouce, les deux moitiés

---

(1) Sur la face supérieure d'une aponévrose recouvrant un gigot de mouton, j'ai placé une aiguille à repriser ; puis, la membrane ayant été bien tendue horizontalement, j'ai promené sur la face inférieure un aimant (de jeu d'enfant). Malgré de nombreux essais, l'aiguille n'a jamais été influencée. Est-ce la mince couche de graisse qui doublait l'aponévrose qui aurait joué le rôle de corps isolant ?

devront coïncider ou s'embrasser intimement pour ne former qu'une seule lame, un petit poignard, solide, piquant et coupant tout à la fois, qui pénètrera dans les chairs à la façon d'un couteau interosseux.

« Pour s'en servir : une fois la tête de l'aiguille sûrement constatée sous la peau et immobilisée, comme je l'ai dit déjà, par une douce pression unilatérale, on visera, pour ainsi dire, la saillie reconnue et l'on conduira la pince fermée à travers les chairs, qui seront divisées sans secousses, si l'instrument est irréprochable. Dirigée, non pas droit sur la tête du corps étranger (supposé à 2 centimètres sous la peau), parce qu'elle pourrait le refouler en arrivant au contact, mais bien obliquement, de manière à le saisir par le travers, au niveau ou au-dessous du chas, la *pince-poignard*, l'ayant sûrement touché, sera ouverte en lâchant la pression opérée sur ses deux branches, et saisira le corps du délit soit immédiatement, soit après une petite révolution sur son axe, pour l'immobiliser. Ce point capital obtenu, le débridement sera plus certain et plus facile, puisque la pince servira de guide ou de repère. On débridera de suite, toujours avec précaution, et l'aiguille, mise à nu et vue, sera extraite avec une autre pince à disséquer. »

Tel est l'instrument le plus simple à construire, il me semble.

Réflexions. — Le 7 février, j'ai revu l'enfant Roy. Sa santé est parfaite ; il s'amuse et saute comme à l'ordinaire, sans se douter qu'à Paris, peut-être, il pourrait acquérir une sorte de célébrité dans le genre de celle de l'homme *à la fourchette.*

Mais n'exagérons rien !

Les corps étrangers ayant pénétré dans nos tissus peuvent y rester un temps plus ou moins long et même y habiter à perpétuité. La science fourmille de faits à l'appui de cette proposition. Ils sont nombreux, en effet, les soldats qui, blessés au champ d'honneur, ont conservé pendant des années et conservent encore dans les membres, dans le tronc et même au sein d'organes importants (poumons), des balles, leurs fragments, des éclats d'obus, sans en éprouver, le plus souvent, d'inconvénients. En général, ces corps métalliques s'isolent au milieu des chairs. L'irritation momentanée du début causée par leur présence amène la prolifération du tissu conjonctif qui se condense à leur surface, les enkyste et leur fournit ainsi une espèce de *protective* grâce auquel les balles, fragments, grains de plomb, restent aussi inoffensifs que peu gênants dans la majorité des cas. Le baron Dupuytren, dans son *Traité des blessures par armes de guerre*, rapporte le fait d'un grenadier qui avait reçu dans la cuisse un boulet de 9 livres. Ce projectile s'y était logé de telle sorte, que le chirurgien mandé pour panser le blessé n'en soupçonna même pas la présence. Si un corps de ce volume peut se dissimuler dans nos tissus, à plus forte raison en sera t-il de même pour les balles, leurs fragments, des parcelles de métal, et pour des corps grêles et effilés comme les aiguilles. Cependant,

les aiguilles, surtout celles ayant pénétré dans notre corps par les voies naturelles (la bouche surtout), ont une tendance fatale à s'insinuer à travers les couches ou interstices de nos tissus, se glissant partout, et fréquemment sans amener d'accidents graves. Ainsi, des aiguilles avalées, après avoir coulé dans l'œsophage, traversé l'estomac, perforé les intestins, ont été éliminées à travers la paroi abdominale, au pli de l'aine, à la fesse, à la cuisse, etc., à la faveur de petits abcès superficiels.

On trouve aussi dans la science des faits bien authentiques de pointes de sabre, de fleuret, d'épée, ayant traversé nos organes, le poumon par exemple, et ayant pu y demeurer de longues années avant de provoquer des symptômes dangereux. Un des faits les plus curieux en ce genre est celui qui a été constaté vers 1828-29, à l'amphithéâtre d'anatomie de l'École de médecine de Rochefort, par mon père, M. le docteur Phelippeaux, chirurgien de première classe en retraite, chevalier de la Légion d'honneur, etc., avec l'assistance de M. le docteur Aristide Saint-Hilaire (de Rochefort), son camarade d'école (1). Il n'est pas sans intérêt de rappeler ici les circonstances qui en amenèrent la découverte. « Un condamné, le sieur X..., ex-notaire d'une grande ville de l'Ouest, mourut phthisique à l'hôpital de la Marine, et fut donné à l'amphithéâtre comme sujet de dissection. Mon père, qui en était le prosecteur, en fit d'abord l'autopsie. Et c'est en enlevant le poumon gauche qu'il sentit une résistance insolite, un corps dur qui traversait le sommet de l'organe. Le fait fut constaté aussitôt par M. Saint-Hilaire et autres médecins et chirurgiens présents. Une lame de fer de 10 centimètres environ, ayant pénétré au-dessous de la première côte gauche, était fixée par son extrémité postérieure dans la tête ou très près de la tête de la quatrième côte correspondante. Ce condamné, au bagne depuis quatorze ou quinze ans, y était probablement entré avec ce corps étranger qui lui embrochait le sommet du poumon. »

Voir à ce sujet le *Bulletin de la Société anatomique*, 1829, 1re série, t. IV; et surtout la *Gazette hebdomadaire* de 1861. Intéressant article de M. le docteur Berchon, médecin principal de la marine. Le dessin de la pièce pathologique a été fait par M. Ardouin, élève en médecine, aujourd'hui médecin de première classe des plus distingués.

Revenons maintenant à notre aiguille !

Les parents du petit blessé ont été prévenus de ce qui pourrait arriver. J'ai surtout appelé leur attention sur l'éventualité d'une

---

(1) Fils de l'héroïque docteur Saint-Hilaire, chirurgien major du vaisseau *l'Achille*, au glorieux mais funeste combat de Trafalgar (voir *Histoire du service de santé de la marine*, par le docteur Lefèvre, etc.). Saint-Hilaire, absorbé par l'humanité et la science, ne laissa *l'Achille* qu'au moment où l'incendie de ce vaisseau allait lui fermer toute issue : il se jeta à la mer en même temps qu'un matelot, auquel, peu d'instants auparavant, il avait coupé un bras, et il aida à le soutenir au-dessus des flots, etc. (voir Lefèvre, *loc. cit.*, p. 334, *les Actes héroïques des médecins de la marine*).

élimination par les selles ; ce qui serait fort possible si, comme je le crois, l'aiguille s'est logée dans le creux ischio-rectal, d'où elle pourra perforer l'intestin et sortir par l'anus ; à moins qu'elle ne fasse abcès au périnée? Il n'y a, cela se conçoit, rien de sûr, rien de positif sur la voie que pourra suivre cette aiguille perdue dans la masse de la fesse droite. Cependant, si l'on réfléchit à la *position* de la piqûre, ainsi qu'à la saillie sous-cutanée, bien reconnue seulement par le toucher, qu'elle faisait à 2 centimètres *en dedans*, on est presque autorisé à certaines conclusions, sauf erreur que l'avenir seul démontrera.

Il ne s'agit pas ici de tracer un itinéraire positif. Cette sorte de géographie des régions fessière, pelvienne, ano-périnéale, ne peut être faite pour cette aiguille déjà loin de son point d'entrée et qui brave les recherches les plus minutieuses opérées dans la région. Mais l'anatomie permet une hypothèse dénuée de toute fantaisie, qui a bien pu se réaliser selon moi.

L'aiguille, sa position, sa direction, l'extrême rapidité avec laquelle elle s'est dérobée, tout semble faire croire qu'au moment de l'exérèse, elle traversait de part en part le muscle grand fessier. Sa longueur (7 centimètres) peut faire admettre aussi que, par sa pointe, elle reposait sur le grand ligament sacro-sciatique (tissu fibreux plus résistant que le tissu musculaire), se trouvant là en équilibre des plus instables. Il ne faut pas oublier surtout que l'enfant Roy, couché à plat ventre sur mes genoux, la tête un peu inclinée vers le sol, et les jambes pendantes, quoique tenues, était ainsi dans la flexion ; et que le muscle grand fessier se trouvait alors dans le *relâchement*. L'aiguille qui le traversait devait donc être à peine maintenue dans l'interstice de ses fibres à l'état de repos ; et de là une plus grande facilité pour pénétrer davantage. Aussi, j'incline à croire que, soit sous le choc de la pince, soit par un mouvement de l'enfant suivi d'un ébranlement de la région, elle a dû traverser le ligament sacro-sciatique, ou glisser sur son bord supérieur pour pénétrer dans l'excavation et se loger dans l'espace ischio-rectal.

En outre, la physiologie de la région, les fonctions du muscle grand fessier principalement, me font me demander aujourd'hui si je n'aurais pas *mieux* fait de mettre l'enfant *debout*, sur un siége élevé, pour extraire le corps du délit. Ce muscle, en effet, a un rôle extrêmement important dans la *station verticale*. C'est lui qui fixe le bassin, l'immobilise afin que les muscles des gouttières trouvent sur le sacrum et les os iliaques une surface solide pour maintenir la colonne vertébrale, etc. De là le volume considérable qu'il présente (Sappey, t. I, *Myologie*, p. 279, édition 1853). Dans cette position, c'est évident, le grand fessier eût été *contracté*. Ses fibres, plus rapprochées, plus dures, à interstices moindres, se seraient mieux opposées à la migration de l'aiguille dans le bassin, car elles l'auraient comme saisie et tenue, au lieu de simplement la maintenir, d'où plus de facilité pour en opérer l'extraction. C'était peut-être là l'indication prin-

cipale pour rendre un tel corps étranger moins mobile sous les doigts du chirurgien. Je ne l'ai comprise qu'*à posteriori*.

Les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* qui ont bien voulu me suivre dans cette longue exposition, seront tenus au courant de l'histoire de l'enfant Roy. Mais, dès à présent, ils conviendront avec moi qu'un tel accident est bien de nature à légitimer encore cette mesure prophylactique très-connue, mais quelquefois oubliée des grand'mères : « Ne jamais laisser sur les meubles où l'on peut s'asseoir des vêtements contenant des aiguilles, ciseaux, crochets, poinçons et autres objets du même genre. » Telle est, en effet, la morale de cet accident.

Dr PHELIPPEAUX,
Ancien médecin de la marine.

Saint-Savinien (Charente-Inférieure).

BIBLIOGRAPHIE

Clinique médicale de l'hôpital de la Charité, de M. le professeur VULPIAN. Considérations cliniques et observations par M. le docteur RAYMOND, médecin des hôpitaux. 1 vol. in-8° de 950 pages. Librairie O. Doin.

L'ouvrage que M. le docteur Raymond vient de publier, sous l'inspiration et la direction de M. le professeur Vulpian, n'est pas, à proprement parler, une clinique médicale dans le sens ordinaire du mot. On n'y trouve pas, en effet, comme dans les cliniques classiques de Trousseau, de Béhier, de Jaccoud, etc., l'histoire complète, savante, magistrale, d'une maladie à propos d'un malade, avec les particularités propres au sujet en observation. C'est un recueil de faits cliniques, aussi complets que posque possible, classés méthodiquement, et dans lesquels, après avoir posé le diagnostic, indiqué le pronostic et formulé le traitement, le professeur a montré sous quels rapports, les causes, les symptômes et la marche de la maladie se rapprochent ou diffèrent, chez le malade en question, de ce qu'on observe ordinairement dans de pareils cas.

Ce volume, qui contient près de deux cents observations, se divise en onze chapitres, comprenant : l'étude du rhumatisme, des affections cutanées et particulièrement de la scrofule ; des maladies du cœur, de l'aorte et des artères ; les affections de l'appareil digestif, du foie, des organes génito-urinaires et de la respiration ; les maladies générales (fièvre intermittente, fièvre typhoïde, chlorose et anémie) ; les empoisonnements chroniques (alcoolisme, saturnisme, syphilis) ; enfin les maladies du système nerveux (affections du cerveau, paralysies et névralgies faciales, lésions de la moelle épinière et de ses enveloppes, névroses, paralysie générale, névrite).

Au lieu de faire suivre chaque observation de quelques mots indiquant les particularités intéressantes présentées par le sujet étudié, ce qui aurait disséminé l'enseignement du professeur, M. Raymond a résumé en quelques pages soit ses idées personnelles, soit la doctrine ou les théories pro-

posées par M. Vulpian, sur le mécanisme ou l'évolution de telle ou telle maladie. Dans ces considérations cliniques, l'auteur a eu soin, par un classement méthodique, rationnel, de rapprocher les faits ayant entre eux des ressemblances, ou présentant au contraire des caractères anormaux ou complètement opposés, de manière à les faire ressortir les uns par les autres. On peut ainsi juger d'avance de l'importance des faits étudiés, et l'on est intéressé, pour ainsi dire malgré soi, à la lecture ordinairement si ingrate des observations.

Comme on devait s'y attendre, une grande partie de l'ouvrage est consacrée aux affections du système nerveux. M. Raymond a choisi certaines observations relatives à une question tout à fait à l'ordre du jour : les localisations cérébrales. Il montre que ce sujet est loin d'être élucidé, il insiste sur la nécessité d'examiner les faits de très près et surtout de bien les interpréter ; chose qui n'est pas toujours facile. A propos de l'hémiplégie de cause cérébrale, il recommande le traitement employé par M. Vulpian, c'est-à-dire l'électrisation à l'aide des courants faradiques. Les séances, c'est un point très important, doivent être très courtes (trois à cinq minutes), et les courants d'une intensité médiocre. Les longues séances peuvent provoquer des accidents plus ou moins graves, et M. Vulpian a vu survenir la mort à la suite d'une trop longue faradisation. Il pense aussi qu'il vaut mieux s'abstenir des courants continus, qui ont une action trop énergique sur la circulation des centres nerveux.

Les chapitres sur les lésions de la moelle et de ses enveloppes contiennent des faits extrêmement intéressants, comme l'observation CXXXIX (*cas de compression lente de la moelle*), qui a pu être suivie pendant quatre années consécutives, et dont le sujet, entre autres phénomènes curieux, présentait par intervalles des accès de tétanie généralisée ; observation CXLI, relative à un cas de *tabes spasmodique*, avec symptômes de paralysie et de spasmes progressivement croissants, et gagnant successivement les membres les uns après les autres ; les cas d'*atrophie musculaire progressive type* (obs. CXLII) accompagnés quelquefois de phénomènes douloureux, avec modifications de la circulation locale dans les régions atteintes par l'atrophie (obs. CXLIII, CXLIV, CXLV). M. Raymond insiste longuement, à l'occasion de ces faits, sur le mécanisme des lésions de la moelle ayant pour point de départ des lésions périphériques des nerfs et les modifications qui en résultent dans la nutrition du tissu musculaire ; les *faits de paralysie atrophique de l'enfance ;* de *pachyméningite cervicale hypertrophique* (obs. CL) ; d'*ataxie locomotrice progressive*, limitée à un seul membre, l'autre avait été amputé antérieurement (obs. CLI). M. Vulpian se demande si, dans ce fait singulier, on ne pourrait pas attribuer à l'amputation de la jambe droite la lésion du faisceau postérieur gauche de la moelle ; deux cas de *paralysie agitante ;* cinq observations de *syncope locale des extrémités*, traités avec succès par le sulfate de quinine ; trois cas de *paralysie générale*, et enfin un fait de *névrite* avec atrophie musculaire consécutive.

Cet ouvrage, fait sérieusement, consciencieusement, comme tout ce qu'inspire M. Vulpian, s'adresse aussi bien aux médecins qu'aux étudiants, et aura, nous n'en doutons pas, un succès mérité dans le monde médical. C'est un premier essai ; nous espérons bien que M. Vulpian n'en restera pas

là, et qu'il publiera tous les ans dans un recueil de ce genre soit des observations prises dans le courant de l'année, soit un choix des faits qu'il a accumulés depuis plus de vingt ans qu'il exerce dans les hôpitaux. Nous exprimons, comme lui, le désir que son exemple soit suivi par ses collègues des services hospitaliers. Ces comptes rendus annuels seraient d'une incontestable utilité ; car des centaines de faits intéressants se perdent chaque année, faute de publication suffisante.

M. Vulpian, dans quelques lignes de sa préface, touche incidemment à la question d'enseignement et de travail dans les hôpitaux; il répond avec raison à ses collègues, que les objections basées sur la mauvaise volonté ou la paresse des élèves ne sont pas sérieuses. Quand les chefs travaillent, les élèves ne demandent qu'à les imiter, mais il faut que les maîtres donnent l'exemple. A ce point de vue, les chefs de service sont généralement bien jugés par les étudiants : on sait parfaitement que, dans tel hôpital, tel médecin ou tel chirurgien fait travailler les internes, les externes et même les bénévoles, qu'on doit prendre les observations, poser le diagnostic, etc.; qu'on a, en un mot, un certain nombre de malades à examiner tous les jours ; on sait en revanche que tel autre ne dit rien au lit du malade, et fait sa visite comme une corvée, le plus vite possible, quand il ne manque pas deux ou trois fois par semaine. On se dispute les premiers services, on les retient des deux ou trois ans d'avance, tandis que l'on quitte les autres au plus tôt, quand la mauvaise chance vous les a imposés. M. Vulpian a donc raison de dire que ce n'est pas le désir de s'instruire et de travailler qui fait défaut au personnel étudiant des hôpitaux, et qu'il faut en chercher la cause ailleurs.

Armand-B. Paulier.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 3 et 10 février 1879 ; présidence de M. Daubrée.

Sur les propriétés physiologiques et le mode d'élimination du méthylsulfate de soude. — Note de M. Rabuteau.

Le méthylsulfate ou sulfométhylate de soude est un sel blanc, inodore, d'une saveur presque nulle, à laquelle succède un arrière-goût sucré. Il est difficilement cristallisable et déliquescent. Il s'altère peu à peu à l'air, surtout lorsqu'il est humide, en donnant du sulfate de soude qui le rend amer et dégageant une odeur légèrement alliacée, qui rappelle celle du sulfate de méthyle.

L'auteur a injecté, dans une veine d'une patte postérieure, chez un chien d'une taille moyenne, 10 grammes de méthylsulfate de soude dissous dans 25 grammes d'eau. L'animal n'a paru rien éprouver, si ce n'est que, les trois jours suivants, il a eu des selles rares et tout à fait sèches.

L'expérimentation clinique a démontré que le sulfométhylate de soude purge facilement aux doses de 15 à 20 grammes dissous dans deux verres d'eau.

L'auteur avait remarqué, dans les urines du chien en expérience, un excès de sulfates, ce qui conduisait à admettre une métamorphose plus ou

moins complète du méthylsulfate en sulfate, dans l'organisme. Pour élucider la question, il a pris, le 24 janvier, 3 grammes de méthylsulfate de soude, par fractions de 50 centigrammes à 1 gramme dans la journée. Dans ces conditions, le sel devait être absorbé sans produire d'effet purgatif et s'éliminer par la voie rénale. L'analyse de ses urines lui a permis de constater que le méthylsulfate absorbé s'était transformé, à peu près complètement, en sulfate. Ce sel se comporte comme le sulfovinate ou éthylsulfate, étudié par l'auteur antérieurement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 18 et 25 février 1879; présidence de M. Richet.

Peste d'Astrakan. — M. Fauvel fait une communication sur ce sujet. Le savant inspecteur du service sanitaire fait remarquer que les renseignements transmis de Russie sur les caractères de la maladie sont des plus contradictoires. Les uns considèrent cette épidémie comme la peste proprement dite, les autres comme un typhus galopant, un pneumo-typhus; d'autres, enfin, comme la peste noire du moyen âge.

M. Fauvel croit pouvoir conclure, cependant, des observations des médecins russes : que la maladie en question est très probablement la peste orientale, la peste bubonique, et non une autre maladie qualifiée du nom d'un typhus quelconque, point qui, d'ailleurs, sera bientôt résolu par la commission internationale envoyée sur les lieux.

« En résumé, dit M. Fauvel, il reste encore des doutes sur le caractère essentiel de la maladie qui règne en Russie, près des embouchures du Volga, et sur son origine, mais la probabilité est que c'est bien la peste orientale. Nous ne tarderons pas, d'ailleurs, à être entièrement édifiés à ce sujet par le médecin distingué, M. le docteur Zuber, que le gouvernement français a envoyé sur le théâtre de l'épidémie. Je compte beaucoup sur son appréciation, car je me méfie un peu des subtilités allemandes, en matière de peste. En attendant, nous savons que l'épidémie ne s'est pas, jusqu'à ce jour, étendue au-delà du cordon établi autour de son foyer primitif, et nous pensons que, grâce aux mesures adoptées, il y a lieu d'espérer qu'elle y sera étouffée. S'il en était autrement, l'Europe occidentale serait surtout menacée du côté des provinces danubiennes et par les provenances de la mer d'Azof et de la mer Noire. La menace serait plus dangereuse encore si les provinces turques d'Europe venaient à être envahies par la peste; mais, dans ces différents cas, l'Europe et surtout la France seraient suffisamment garanties par de rigoureuses mesures préventives, pour n'avoir rien à craindre de l'invasion de la maladie.

« Quant à la question importante du moment, celle de savoir si les soupçons de peste dans les provinces turques méritent créance, nous croyons pouvoir affirmer, d'après des informations dignes de toute confiance, que ces soupçons ne sont aucunement fondés, qu'il n'existe dans ces provinces que de petits foyers de typhus en voie d'extinction, foyers reliquats des grandes épidémies de l'année dernière.

« Enfin, nous ajoutons que l'expérience a montré que la peste ne procédait pas du typhus exanthématique, quelque graves qu'en fussent les manifestations épidémiques, et que, par conséquent, les soupçons conçus par le fait de quelques reliquats de typhus en Turquie ne sont aucunement justifiés.

« En terminant, je ne puis m'empêcher de déclarer que, autant je suis partisan convaincu des mesures de quarantaine appliquées convenablement et à propos, autant je suis opposé à celles qui n'ont pas leur raison d'être. »

Septicémie. — M. Davaine fait une longue et savante communication sur la septicémie.

Envisageant ensuite la question à un point de vue plus général, M. Davaine dit qu'il croit avoir établi la véritable nature de la maladie, qui est une et qui ne présente d'autres différences, dans ses manifestations, que celles qui résultent des conditions dans lesquelles elle se prend et dans lesquelles elle accomplit son évolution.

De même que la découverte de la bactéridie du charbon a montré l'unité de la maladie charbonneuse, de même, suivant M. Davaine, l'expérimentation démontre l'unité de la septicémie, dont le virus est une bactérie, et dont la nature est une putréfaction accomplie pendant la vie.

Elections. — MM. Lagneau et Leblanc sont nommés membres de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 19 et 26 février 1879; présidence de M. Tarnier.

Des pansements antiseptiques. — M. Verneuil. Dans la dernière séance, M. Perrin est monté à la tribune pour combattre le pansement de Lister et pour demander la revivification du pansement à l'alcool. J'ai à faire quelques objections.

M. Perrin fait résider la méthode antiseptique tout entière dans le pansement de Lister. Beaucoup de chirurgiens ne sont pas de cet avis. La méthode antiseptique a engendré des procédés nombreux; le pansement de Lister n'est qu'un de ces procédés. Il est impossible de dire d'un pansement qu'il sera applicable partout; il faut choisir les procédés selon les indications. Il faut absolument faire de l'éclectisme. Aussi, je ne puis admettre cette opinion de M. Perrin qu'il faut rejeter le pansement de Lister et adopter uniquement le pansement à l'alcool.

Au lieu de produire des expériences de laboratoire, j'aurais préféré que M. Perrin produisît des expériences cliniques. Ces expériences de laboratoire ne sont pas concluantes. Que la pulvérisation pendant l'opération ne soit pas nécessaire, je le crois aussi; que l'on démontre que l'acide phénique ne tue pas les bactéries, cela m'importe peu. Les bactéries sont cause ou effet de la putréfaction; la présence ou l'absence de bactéries à la surface d'une plaie ne prouve pas grand' chose; il peut y avoir infection sans bactéries et bactéries sans infection. Les expériences de M. Perrin ne sont donc pas décisives.

Arrivons aux statistiques. Il faut surtout juger le procédé avec les statistiques modernes, et ces statistiques sont merveilleuses.

M. Perrin reproche encore des choses qui ont été déjà réfutées un très grand nombre de fois. L'acide phénique n'est nullement irritant; c'est, au contraire, un calmant de premier ordre.

Je ne défendrai pas plus longtemps le pansement de Lister, parce que, quelle que soit la théorie, le pansement donne réellement des résultats surprenants.

Le pansement à l'alcool a été un très grand progrès sur les pansements antérieurs, mais cela n'était pas fameux. Je reproche à l'alcool précisément ce que M. Perrin considère comme des avantages. L'alcool employé pur est extrêmement douloureux; j'ai vu des malades souffrir beaucoup, pendant des demi-journées.

L'alcool, dit M. Perrin, est très diffusible; il se volatilise. C'est justement là un inconvénient; la propriété antiseptique n'est pas durable.

La combinaison avec les tissus et la coagulation des produits albumineux est détestable; car l'alcool forme ainsi des corps étrangers dans les tissus. Enfin, avec l'alcool la détersion est très lente.

M. Perrin, il est vrai, a un *modus faciendi* particulier; il fait non le pansement, mais l'irrigation continue à l'alcool. Cette irrigation continue est

très gênante et très difficile ; ce n'est pas à comparer, dans le traitement des fractures compliquées, par exemple, avec le pansement ouaté, qui permet de laisser le malade tranquille pendant vingt jours.

M. Perrin a une statistique de onze amputations avec deux cas de mort ; ce n'est pas excellent. Je suis reconnaissant à l'alcool d'avoir préparé les voies à l'acide phénique ; mais j'ai pour lui la reconnaissance qu'on a pour un respectable vieillard.

M. Lucas Championnière. Nous n'avons jamais mis les théories sur les bactéries aussi en avant que M. Perrin les met lui-même. Sur ce point donc, on pourrait dire à M. Perrin : Même en supposant que vous ayez démontré que l'acide phénique ne tue pas les bactéries, cela ne prouve pas grand' chose. Pour que les expériences de M. Perrin prouvassent quelque chose, il aurait fallu qu'elles se rapprochassent un petit peu du pansement lui-même. Il faudrait placer, par exemple, un caillot sanguin dans un bocal, dans lequel on ferait couler à flot l'acide phénique, et voir si les bactéries pourraient s'y développer.

M. Perrin attache une grande importance au terrain ; mais personne n'attache plus d'importance au terrain que Lister.

M. Perrin a trouvé que les microbes n'étaient pas les mêmes dans l'endroit où il y avait de l'acide phénique et dans l'endroit où il n'y en avait pas ; c'est déjà quelque chose. Il est probable qu'il y a de bons et de mauvais microbes, dont la présence est inerte ou dangereuse pour les plaies.

L'alcool rend les tissus imputrescibles, mais seulement lorsqu'il est pur ; les pièces anatomiques ne peuvent se conserver dans l'alcool mêlé à moitié d'eau.

Non seulement l'acide phénique n'est pas irritant, mais c'est un anesthésique qui permet de faire de petites opérations sans souffrances.

La solution forte d'acide phénique fait tomber l'épiderme, et cependant elle n'est nullement irritante pour les plaies. Il y a parfois de l'érythème ; il y a des gens qui ont une peau très susceptible, mais c'est l'exception. De plus, dans l'acide phénique en solution faible, il y a parfois des corps étrangers qui irritent et font rougir les plaies.

Le protective a pour but d'empêcher le contact permanent de l'acide phénique sur la plaie, parce que ce contact permanent détermine, au niveau de la ligne de réunion, l'apparition de granulations qui empêchent la réunion par première intention.

Quant à la fréquence de l'érysipèle, je voudrais bien savoir sur quoi se base M. Perrin pour dire cela. Depuis que je fais le pansement de Lister, je n'ai jamais vu se développer l'érysipèle sur l'un de mes opérés, même dans des services où l'érysipèle était pour ainsi dire endémique.

On a essayé d'employer le thymol, mais personne ne s'en sert plus ; il est très irritant, très caustique, peu soluble, enfin très cher.

M. Perrin s'est montré très sévère pour la statistique de Volkmann, il y a là des séries de soixante-douze amputés sans un seul cas de mort.

La statistique de M. Perrin est bien courte pour être démonstrative, et les résultats n'en sont pas excellents.

Le pansement de Lister est peu coûteux, beaucoup moins que le pansement à l'alcool. Il est, en somme, facile à faire.

Le pansement de Lister n'est pas une question de topique, c'est une méthode.

M. A. Després. Je n'ai jamais été séduit par le pansement de Lister ; je suis, au contraire, un adversaire de ce pansement en tant que pansement panacée. Roux en 1814, M. Topinard, M. L. Championnière, après trois voyages en Angleterre, sont venus nous dire : Vous ne pansez pas vos malades aussi bien qu'en Angleterre. Vous ne faites pas la réunion par première intention, disait Roux. On s'est aperçu qu'avec la réunion par première intention on perdait au moins autant de malades qu'auparavant. D'après M. Topinard, la meilleure part dans le succès devrait être attribuée à l'hygiène des salles et au pansement à l'eau froide ; mais on a vu que les hôpitaux les plus hygiéniques et les mieux exposés n'étaient pas ceux où l'on perdait le moins de malades.

Ainsi, depuis 1814 jusqu'à maintenant, il nous est venu d'Angleterre trois pansements panacées qui se contredisent mutuellement.

La discussion doit porter sur deux points principaux, nous avons à discuter la doctrine et les causes cliniques de la septicémie ; cette discussion n'a été qu'ébauchée à l'Académie de médecine.

A l'Académie, il y a deux théories en présence. M. Verneuil admet l'existence de la sepsine, dont la présence, à la surface des plaies, peut entraîner la septicémie chez le malade. M. Teissier et M. Chauffard ont seuls admis la diathèse purulente. Quelques physiologistes pensent que le pus altéré est résorbé et entraîné dans toute l'économie ; M. Pasteur a fait des expériences très remarquables, mais qui sont absolument inapplicables à la chirurgie. M. Pasteur a admis la présence de ferments anaérobies qui, sans le contact de l'air, peuvent conserver dans les régions profondes une partie de leur septicité. Ce que l'on fait dans une cornue diffère énormément de ce qui se passe à l'hôpital. Il y a des plaies qui, abandonnées à elles-mêmes, ne sont suives d'aucun accident. On arrache à Paris au moins cent mille dents par an ; il n'y a jamais d'accident lorsque la dent est réellement bonne à être arrachée. Et pourtant il y a là, le plus souvent, une fracture compliquée de plaie. Ce qui est nécessaire pour la guérison des plaies, c'est donc autre chose que l'absence du contact de l'air. Si vous avez une fracture double du maxillaire inférieur, il y a au contraire cette septicémie particulière sur laquelle ont insisté M. Chassaignac et M. Richet. Pour guérir les plaies il ne faut que deux choses : l'humidité des plaies et leur immobilisation rigoureuse. Il y a des plaies pansées par le plus sale de tous les pansements et qui guérissent sans la moindre complication. Voici un malade qui a eu, il y a quatorze jours, le pouce arraché; il y a dans ce pansement, fait il y a douze jours, tous les vibrions connus ou inconnus, et cependant la température n'a jamais dépassé 37 degrés. Cette plaie est considérée comme très grave ; j'ai eu 85 blessés de ce genre, je n'en ai perdu que 2 du tétanos. Dire que l'on évite les accidents avec un pansement antiputride et antiseptique, c'est donc produire une assertion sans aucune valeur.

Je désire dire un mot de la théorie de la septicémie par contagion qui, à l'Académie, n'a qu'un seul partisan, M. Le Fort. Il y a des malades qui meurent en vingt-quatre heures empoisonnés par les gaz émanés d'un emphysème traumatique avec sphacèle. C'est là un empoisonnement mécanique analogue à l'empoisonnement par les gaz de fosses d'aisances. Quand l'infection purulente se montre au dix-septième ou au dix-huitième jour sur une plaie bourgeonnante, on ne peut davantage invoquer la contagion. Demarquay a, en effet, démontré que des produits septiques déposés à la surface d'une plaie en suppuration n'entraînaient aucun accident ; il n'y a pas d'absorption.

Arrivons aux statistiques étrangères. Ces statistiques sont faites comme toutes celles qui nous viennent de l'étranger. Si je construis ma statistique comme celles de MM. Volkmann et Paul Kraske, j'arrive à des résultats aussi bons que les leurs. J'élimine les ablations de polypes de l'utérus, les autoplasties de la face, les ligatures d'artères, les extractions de kystes sébacés, une opération d'Esmarch, une ovariotomie, la résection d'une exostose du maxillaire. Je prends les opérations bien déterminées.

J'ai fait 7 amputations traumatiques de la cuisse, 3 cas compliqués, 3 morts, 4 cas simples, 4 guérisons.

Pour des tumeurs blanches, j'ai amputé 2 malades en état de septicémie, j'ai eu 2 morts; j'ai fait 6 amputations pour des cas simples, j'ai eu 6 guérisons.

J'ai fait 5 amputations du bras, j'ai eu 1 mort chez un vieillard atteint de gangrène de l'avant-bras.

Je n'ai fait en huit ans que 2 amputations de jambe ; je trouve que c'est là une détestable opération. J'ai eu 2 cas de mort chez des malades atteints de septicémie.

J'ai fait 5 amputations sous-astragaliennes dont 1 seule mort, chez une malade septicémique.

Voici quelle est, pour les opérations sur le sein, la statistique intégrale de l'hôpital Cochin depuis que j'y suis:

Les observations des 19 premières malades opérées de tumeurs du sein sont reproduites dans la thèse de M. Soulié; j'ai opéré depuis 10 autres malades. Sur ces 29 opérations de tumeurs du sein, je n'ai pas un cas de mort.

Si les étrangers ont des statistiques si bonnes en apparence, c'est parce qu'ils opèrent des malades qui n'en ont pas absolument besoin.

J'ai essayé d'établir que les plaies les plus graves pouvaient guérir sans l'intervention d'un pansement antiseptique quelconque, et, d'autre part, que nos statistiques suffisamment arrangées valaient bien celles des Allemands et des Anglais.

M. Th. Anger. J'ai employé les divers pansements dits « antiseptiques » suffisamment pour me faire une opinion sur leur valeur.

Pendant les deux sièges de Paris je pansais les blessés avec l'eau alcoolisée. Pendant le premier siège, sur 30 opérés, j'ai eu 27 guérisons et 3 morts. Pendant la Commune, à Ville-d'Avray, j'ai eu 50 blessés sur lesquels il y a eu 35 guérisons et 11 morts; ces morts sont donc survenues peu de temps après le traumatisme; dans ces cas le pansement ne pouvait avoir exercé aucune influence.

Depuis la guerre j'ai eu 48 opérés, avec 40 guérisons et 8 morts.

Sur un total de 119 opérations, il y a eu 101 guérisons et 18 morts.

J'ai eu trois fois recours au pansement de Lister dans des circonstances graves; ce pansement a été continué pendant plus de six mois dans toute sa vigueur; j'ai eu 1 succès et 2 morts, dont 1 par infection purulente.

J'ai expérimenté de même le pansement ouaté. Ce pansement offre trois avantages : l'immobilisation, la rareté des pansements et une température constante.

L'alcool à 90 degrés est un antiseptique des plus énergiques. La douleur qu'il provoque est réelle, mais elle est passagère. Sa propriété coagulante est analogue à celle de la solution phéniquée forte. Un inconvénient indéniable, c'est la lenteur de la cicatrisation. D'ailleurs, les solutions phéniquées produisent le même effet sur les plaies qui en sont constamment imprégnées. C'est peut-être ce fait qui a conduit Lister à inventer le protective. Je fais pour l'alcool ce que le chirurgien de Londres fait pour l'acide phénique. Je protège la surface de la plaie à l'aide d'une feuille de taffetas gommé. Dans ces conditions les plaies se cicatrisent aussi vite qu'avec le pansement de Lister.

Ce qui a manqué au pansement alcoolisé pour être parfait, c'est une bonne méthode d'application : bien appliqué, je crois ce pansement supérieur au pansement de Lister.

L'un des inconvénients de ce dernier pansement, c'est la possibilité d'un empoisonnement par l'acide phénique. Quant aux érythèmes et aux érysipèles sur le pourtour des plaies, je les ai vus deux fois. Enfin, j'ai signalé un cas d'infection purulente survenu sous le pansement de Lister.

C'est bien moins d'après des statistiques peu comparables entre elles qu'il faut faire choix d'un mode de pansement des plaies, que d'après l'observation clinique de la marche des plaies sous les divers pansements.

Des lésions des nerfs dans les fractures, par M. Chalot, rapport. — M. Tillaux. Le travail de M. Chalot contient une observation de fracture de la clavicule, produite par la chute d'un sac de blé; le malade guérit sans accident; mais, quatre mois après, il revenait à l'hôpital avec des douleurs lancinantes et une hyperesthésie s'étendant à tout le membre supérieur. Toutes les fois qu'on lui touchait le bout des doigts, il ressentait des douleurs et des nausées dans le diaphragme. Ces symptômes furent attribués, par M. Dubrueil, à une lésion du plexus brachial par le cal.

M. Verneuil. Les lésions nerveuses ne sont pas localisées au territoire des nerfs intéressés. Il s'agit, dans ces cas, d'une véritable névrite descendante, avec rétentissement sur certains organes. Une opération au niveau de la fracture, résection ou élongation nerveuse, n'aurait certainement pas réussi.

Chute complète de l'utérus; cloisonnement du vagin. —

M. Panas présente une femme, âgée de quarante-quatre ans, qui était atteinte de chute complète de l'utérus, avec cystocèle et rectocèle. La matrice tombait pendante entre les cuisses. Cette femme fut opérée, en mai 1877, par M. Tillaux, qui pratiqua une suture, ou plutôt un rétrécissement de l'orifice vaginal. Cette suture céda après un intervalle de six mois, et l'utérus tomba de nouveau à l'extérieur. Dans le mois d'octobre 1878, cette femme vint me trouver, et je me décidai à l'opérer par un autre procédé. J'hésitai d'abord entre l'opération de Marion Sims et le procédé de M. Le Fort. Je donnai la préférence à ce dernier, parce qu'il se pratique à ciel ouvert, et non dans une position difficile de la malade (couchée à l'américaine), et dans la profondeur de l'organe. Je fis donc le cloisonnement du vagin et la réunion incomplète de la paroi antérieure avec la paroi postérieure par deux lignes verticales de sutures, de sorte que la malade a actuellement deux vagins, un à droite et l'autre à gauche. L'avivement s'exécute à l'extérieur, et l'on ne fait rentrer la paroi vaginale qu'au fur et à mesure que les sutures sont appliquées de la portion la plus profonde du vagin à la portion la plus externe, la dernière suture étant la plus rapprochée de l'orifice externe du vagin. Cette opération a réussi une fois déjà à M. Le Fort; en voici un deuxième exemple. Elle pourra, dans l'avenir, être répétée avec confiance.

M. Le Fort. J'ai pratiqué une deuxième fois cette opération suivant le manuel opératoire que j'ai indiqué ; elle a été exécutée avec une grande facilité; mais elle n'a pas été suivie de succès, parce que j'avais affaire à un couple de brutes. Le mari, deux jours après l'opération, voulut satisfaire ses appétits violents, et détruisit toutes les sutures métalliques que j'avais placées.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 28 février 1879 ; présidence de M. Hervieux.

Anévrysme abdominal chez un syphilitique. — M. Vallin présente les pièces d'un malade qui a succombé à la rupture d'un sac anévrysmal dans l'abdomen. Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, vétérinaire, ayant séjourné longtemps en Cochinchine, d'où il revint dans un état de dyspepsie, d'anémie et même de cachexie très marquées. Il ressentait, en outre, des douleurs vives dans la région lombaire, douleurs se faisant surtout sentir lorsqu'il marchait un peu vite ou lorsqu'il passait de la position couchée à la position assise. Il se plaignait également de palpitations ; l'auscultation du cœur faisait entendre un bruit de souffle anémique. Jamais ce malade n'avait eu d'œdème ni d'albuminurie. Lorsqu'il entra pour la première fois au Val-de-Grâce, dans le service de M. Vallin, ce malade présentait déjà tous les caractères d'une cachexie très avancée. Cherchant quelles pouvaient en être les causes, M. Vallin apprit que, quinze ans auparavant, ce malade avait été atteint d'une syphilis très grave ; il avait eu, entre autres accidents, des ulcérations pustulo-crustacées dans la bouche et à l'anus, et du psoriasis palmaire. Ces accidents, qui avaient disparu sous l'influence d'un traitement antisyphilitique très énergique et très régulièrement suivi, apparurent de nouveau cinq ou six ans après ; on constata la présence d'une gomme à la région inférieure de la jambe et l'existence, dans l'espace interosseux, d'une énorme exostose, du volume de la moitié d'un œuf de pigeon. M. Vallin attribua d'abord cet état anémique et cachectique à l'intoxication syphilitique ; il eut recours, en conséquence, au traitement mixte, par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Après quelques jours de traitement, l'exostose avait sensiblement diminué ; mais les douleurs persistèrent avec une violence telle, que M. Vallin dut chercher une autre cause que la syphilis. Par la palpation profonde il aperçut des battements dans l'hypochondre gauche, et l'auscultation, en ce point, faisait entendre un

bruit de souffle ; on avait donc affaire évidemment à une dilatation anévrysmale ; l'artère crurale, de ce côté, présentait un retard manifeste sur celle de l'autre côté. M. Vallin n'en continua pas moins le traitement par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium, qu'il porta jusqu'à la dose de 8 grammes par jour. Sous l'influence de ce traitement, l'exostose tibiale diminua de moitié. Le malade quitta le Val-de-Grâce, partit en province et entra, quelque temps après, à l'hôpital militaire de Clermont, où il mourut subitement en s'asseyant sur son lit.

A l'autopsie, on trouva une énorme quantité de sang dans la cavité péritonéale. L'aorte était le siège de quatre dilatations, dont trois méritaient véritablement le nom d'« anévrysmes ». La dernière se trouvait placée entre le duodénum et la tête du pancréas, et c'est dans ce point que s'est faite la rupture.

M. Vallin se demande si, dans ce cas, on doit admettre une relation entre la syphilis et les anévrysmes. Il rappelle les travaux de MM. Lancereaux, Fournier et des médecins étrangers sur l'artérite syphylitique, souvent suivie de dilatations anévrysmales. On sait qu'en Angleterre, et particulièrement dans l'armée anglaise, les médecins attachent une grande importance aux maladies des gros vaisseaux, et expliquent la fréquence de ces maladies dans l'armée par plusieurs causes : par les vêtements trop serrés, par l'alcoolisme et surtout par la syphilis. L'un de ces médecins, sur 117 autopsies, a trouvé 22 cas d'athérome des artères, sur lesquels 17 fois a pu être établie, d'une façon certaine, la relation de cause à effet entre la syphilis et cet athérome artériel.

Etant donnés ces faits, peut-on, dans le cas qui vient d'être rapporté, attribuer à la syphilis l'origine des anévrysmes ? M. Vallin serait disposé à l'admettre, bien que l'examen histologique du vaisseau n'ait pas révélé de caractères spécifiques, et qu'en outre ce traitement antisyphilitique soit resté sans influence sur l'affection vasculaire.

M. Fournier dit que l'observation communiquée par M. Vallin présente d'autant plus d'intérêt qu'elle se rattache à une question nouvelle, celle de la relation qui peut exister entre la syphilis et les anévrysmes. On sait aujourd'hui ce que la syphilis peut produire sur les artères : elle peut avoir pour effet de déterminer une prolifération de cellules arrivant à produire une véritable sclérose artérielle ; or, si la syphilis peut amener de telles lésions dans les vaisseaux, on comprend aisément que, par suite du défaut de résistance d'un côté et de l'excès de pression de l'autre, qui en résultent dans ces vaisseaux, il puisse se former des poches anévrysmales. Il y a déjà deux siècles, d'ailleurs, que les auteurs parlent d'anévrysmes syphilitiques. M. Fournier cite plusieurs exemples : un auteur anglais rapporte un cas d'anévrysme abdominal chez une jeune prostituée syphilitique ; M. Lancereaux, M Blachez ont publié des cas de syphilis cérébrale ayant donné lieu à des anévrysmes ; M. Fournier a lui-même observé deux cas de dilatations anévrysmatiques volumineuses de l'artère sylvienne dans des cas de syphilis cérébrale. La science est donc aujourd'hui en possession d'un certain nombre de faits prouvant qu'il existe une relation évidente entre la syphilis et les anévrysmes. Néanmoins, M. Fournier se montre plus réservé que les médecins anglais, qui admettent que la moitié des anévrysmes est d'origine syphilitique, plus réservé que certains médecins, qui disent avoir guéri des anévrysmes par le traitement antisyphilitique. A cette occasion, M. Fournier fait justice de cet argument, à savoir qu'il n'y a pas d'anévrysmes syphilitiques, puisqu'il n'y a pas d'exemples d'anévrysmes guéris par l'iodure de potassium ; c'est là, en effet, un argument déplorable, attendu que l'anévrysme est une lésion commune, consécutive à des altérations spécifiques, et sur laquelle le traitement antisyphilitique ne peut avoir aucune influence.

M. Vallin dit qu'on ne peut pas tirer un argument, dans ce cas, de l'inefficacité du traitement antisyphilitique, puisque son malade a été soumis à un traitement très complet, et que, ce traitement n'ayant pas empêché le développement d'une gomme, il n'est pas étonnant qu'il n'ait pas empêché la production de l'artérite qui a précédé la formation des anévrysmes.

M. Cornil dit que la syphilis exerce une réelle influence sur les dégé-

nérescences, et surtout sur les inflammations des artères. Il croit donc à l'origine syphilitique de certains anévrysmes, et admet que le traitement ne peut avoir aucune influence dans ces cas.

M. Hillaret fait observer qu'il y a longtemps qu'on a signalé la présence des végetations syphilitiques dans les valvules du cœur et dans l'endocarde lui-même, végétations qui peuvent amener la formation d'anévrysmes.

Lésions cutanées dans les maladies du cœur. — M. Cornil, en son nom et au nom de M. Rigal, fait une communication sur ce sujet. Il a étudié, au microscope, le purpura hœmorrhagica, les bulles et la gangrène de la peau, qu'on observe à la période ultime de certaines affections cardiaques, et est arrivé à cette conclusion que ces lésions étaient le résultat d'infiltrations sanguines.

Muguet œsophagien. — M. Damaschino présente un œsophage qui est le siège d'un muguet énormément développé, surtout à la partie inférieure.

Anurie par obstruction calculeuse; lithiase urinaire. — M. Tenneson donne communication de l'observation suivante. Le 16 septembre dernier, un homme de cinquante-six ans se trouva dans l'impossibilité d'uriner. Il fit des efforts de miction, sans effet; le cathétérisme ne produisit rien.

Le 27, il entra à Lariboisière, dans le service de M. Jaccoud que suppléait M. Tenneson. Ce malade était d'une bonne santé apparente et affirma n'avoir pas uriné depuis dix jours : sonorité à la percussion hypogastrique. L'introduction d'une sonde en gomme élastique n'amena aucune évacuation d'urine. Quelle était la cause de cette anurie? Y avait-il des calculs dans les uretères? Ce n'était pas admissible, le malade n'ayant jamais éprouvé ni coliques, ni hématurie. L'examen des organes fut absolument négatif : il n'y avait rien dans le ventre, ni dans la région lombaire, ni dans les poumons, ni dans le cœur. Aucun symptôme d'urémie, ni éclampsie, ni somnolence, ni amblyopie, mais il y avait un peu d'œdème dans les jambes et une petite nodosité à l'anthélix. Le traitement consista en diète lactée, bains. Après le bain, il y eut des vomissements et le malade rendit quelques grammes d'urine trouble.

Le 27, l'urémie s'accentua; il y eut abaissement de température, coma, et le malade mourut le 1er octobre.

A l'autopsie, on trouva la vessie vide et saine. L'uretère droit était obstrué au tiers supérieur par un petit calcul : au-dessus de ce calcul, les voies urinaires étaient peu dilatées; la substance corticale était sclérosée. L'uretère gauche était tout à fait libre; le rein gauche congestionné : on trouva dans un calice un calcul également libre, pouvant obstruer l'uretère.

En résumé, il y avait obstruction complète et ancienne de l'uretère droit, obstruction de l'uretère gauche par un calcul mobile. L'anurie calculeuse est rare et peu connue, et M. Tenneson expose toutes les recherches qu'il a faites à ce sujet. D'après lui, l'anurie peut se diviser en deux périodes : 1° anurie « sans urémie »; 2° anurie « avec urémie ». Dans le premier cas, le malade va, vient : cet état peut durer une dizaine, une quinzaine de jours au plus; le temps que met l'urémie à apparaître est variable. Le pronostic est tout à fait subordonné à la désobstruction de de l'uretère.

Les purgations peuvent être dangereuses et, si on les prescrit, il faut agir avec la plus grande modération.

M. Hérard a vu il y a quelques années un malade affecté de coliques néphrétiques à droite seulement, et qui, dans une crise violente, avait eu des accidents graves, des vomissements, du délire, de la constipation, de la rétention d'urine. Tout avait été employé inutilement, quand il prescrivit des pilules drastiques composées de savon médicinal, de scammonée et d'huile de croton, une pilule toutes les heures. Tous ces accidents formidables se sont amendés après une grosse évacuation; l'urine a reparu, la convalescence fut longue et le malade la continua à Contrexéville.

M. Ferrand préférerait la dénomination d'urémie goutteuse à celle qui a été employée par M. Tenneson, puisqu'il y avait double production de calculs, absence de douleurs, comme on les rencontre chez les calculeux.

M. Tenneson trouve que l'absence de douleurs ne constitue pas une raison suffisante pour contester son diagnostic. D'ailleurs le malade n'avait éprouvé aucun phénomène antérieur ; or, dans le rein goutteux on constate ces phénomènes et le début n'est pas brusque.

M. Ferrand croit qu'il existe chez les goutteux un trouble pouvant amener la suppression brusque des urines.

M. Paul rappelle qu'il a donné des soins à son collègue, le docteur Bouley, qui était goutteux, avait des attaques fréquentes et n'avait jamais eu ni gravelle, ni coliques néphrétiques. Un jour Bouley fut pris d'une anurie qui dura cinq ou six heures et fut suivie de polyurie : l'anurie reparut le lendemain et persista jusqu'à sa mort. Il avait éprouvé des troubles bizarres, une agitation nerveuse pendant une semaine ; ni vomissements, ni troubles céphaliques. A l'autopsie, on ne constata aucun obstacle matériel dans le parcours des voies biliaires : l'examen histologique des reins démontra qu'ils avaient subi la dégénérescence graisseuse (Cornil).

En général, quand on rencontre des calculs chez des goutteux, il est rare qu'ils existent des deux côtés. S'il n'y a de calcul que d'un seul côté, il peut y avoir anurie réflexe.

M. Paul a aussi constaté des cas d'anurie chez les hystériques et, dans ces cas, on a trouvé de l'urée dans les matières vomies. Ainsi il a vu, il y a deux ans, une hystéritique qui fut également anurique. Il n'y avait pas chez elle simulation ; chose bizarre, malgré la durée relativement très longue de l'anurie, il n'y eut pas d'urémie.

M. Dumontpallier demande s'il existait une odeur spéciale de l'haleine chez le malade de M. Tenneson. Il rappelle en même temps que Claude Bernard, en faisant la ligature des uretères chez les animaux, avait déterminé la diarrhée et la production d'ulcérations intestinales. Ces ulcérations étaient l'origine de l'absorption des matières ammoniacales, d'où l'urémie.

M. Tenneson n'a pas constaté que l'haleine de son malade eût une odeur ammoniacale ni caractéristique.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 26 février 1879 ; présidence de M. Blondeau.

De la valeur des lavements nutritifs. — M. Dujardin-Beaumetz. Dans la dernière séance, M. Créquy, à propos d'une femme enceinte atteinte de vomissements incoercibles, a dit avoir nourri sa malade au moyen de lavements nutritifs. C'est contre ce mode de nutrition que s'élève M. Dujardin-Beaumetz, et cela à deux points de vue : au point de vue de l'expérimentation et au point de vue physiologique. Expérimentalement, en effet, MM. Carville et Bochefontaine, dans une intéressante communication faite, il y a quelques années déjà, à la Société de biologie, ont démontré par des expériences faites sur des chiens, que si on donne aux uns des lavements d'eau pure et aux autres des lavements de bouillon, les uns et les autres meurent exactement dans le même laps de temps. De plus, physiologiquement, on sait, et il est démontré, que le gros intestin est dans l'impossibilité de faire une digestion quelle qu'elle soit ; les sécrétions intestinales peuvent déterminer la digestion, mais non les sécrétions du gros intestin ; celui-ci, en effet, ne peut même pas absorber les peptones, alors même qu'on opère dans les meilleures conditions. Chez une malade, en effet, atteinte de cancer du pylore, M. Dujardin-Beaumetz a injecté dans le gros intestin les vomissements de matières alimentaires qui avaient séjourné quelques instants dans l'estomac, et qui, par conséquent, s'étaient mêlés à une certaine quantité de suc gastrique ; deux fois les lavements ont été absorbés, puis est survenue une rectite qui a empêché la continuation de ces tentatives.

M. Dujardin-Beaumetz pense donc que l'introduction de matières alimentaires dans le rectum ne peut donner aucun résultat favorable : on a proposé d'injecter des peptones artificielles, mais le gros intestin n'ayant pas la propriété de les absorber, cette tentative est donc inutile. L'eau seule est absorbée. On a dit avoir fait vivre des malades pendant des semaines à l'aide des lavements nutritifs, mais comment sait-on que la prolongation de la vie puisse être attribuée à ces lavements nutritifs ? Ne voit-on pas, en effet, des malades vomir pendant des mois la presque totalité des aliments qu'on leur fait prendre, principalement dans les cancers du cardia, dans l'hystérie, etc., et sans qu'on ait eu recours aux lavements nutritifs ?

M. Dally fait observer que l'expérience de M. Carville n'est pas démonstrative : on sait, en effet, que le bouillon ingéré par l'estomac ne présente que bien peu de substances nutritives, à plus forte raison si on introduit le bouillon dans l'économie par le rectum ; or, les expériences de MM. Carville et Bochefontaine ont été faites comparativement avec du bouillon et de l'eau ; n'en aurait-il pas été autrement si les expériences avaient été faites avec des substances plus nutritives, du lait par exemple ?

M. Dujardin-Beaumetz répond que le lait introduit à l'aide de lavements n'est pas nutritif ; il n'y a d'absorbés que de l'eau et des sels, et non la caséine : il ne faut pas tenir compte de l'albumine qui n'existe que pendant les deux ou trois premières semaines de la lactation. Il en est de même pour tous les lavements nutritifs, si habilement préparés qu'ils soient ; le rectum n'absorbe pas les peptones, il n'y a donc pas d'alimentation possible par ce moyen : il y a même des inconvénients, puisque fréquemment on provoque des coliques et des inflammations du gros intestin.

M. E. Labbée cite cependant ce fait d'un médecin américain qui a réussi, à l'aide de lavements nutritifs composés de sang défibriné, à prolonger l'existence d'un malade pendant quarante-cinq jours. Ce malade vomissait tous les aliments qu'on lui faisait prendre.

M. Dujardin-Beaumetz demande comment on peut savoir si la vie de ce malade a été prolongée de quarante-cinq jours. Les faits de malades atteints de cancer du pylore et vivant des mois sont communs. L'observation de ce médecin américain ne démontre qu'une chose, c'est que le malade a vécu quarante-cinq jours en prenant des lavements nutritifs.

M. E. Labbée croit que, même dans les cas de cancer du pylore, alors que les vomissements sont constants et incoercibles, il y a cependant absorption d'une petite quantité d'aliments : les vomissements, en effet, sont rarement immédiats ; ils séjournent quelques instants dans l'estomac, il peut donc échapper quelques parcelles qui servent à prolonger l'existence. En outre, un animal à qui on donne uniquement de l'eau, vit quelques jours de plus que celui à qui on ne donne absolument rien : il doit en être au moins de même pour les animaux à qui on donne uniquement du bouillon qui renferme des éléments nutritifs, en petite quantité, il est vrai.

M. Moutard-Martin croit qu'il y a un peu d'exagération dans les déductions présentées par M. Dujardin-Beaumetz. D'abord comment peut-on savoir le moment exact où l'oblitération du pylore, à la suite d'un cancer, a été complète ? Cette oblitération a été graduelle, et pendant longtemps, alors même que la totalité des aliments paraissait être rejetée, l'estomac a dû laisser passer quelques aliments qui suffisent à prolonger la vie du malade.

M. Créquy insiste sur la faculté d'absorption du rectum : cette faculté n'est-elle pas démontrée par la rapidité des accidents causés par l'introduction de substances toxiques dans le rectum ?

M. Moutard-Martin, revenant sur le cas signalé par M. E. Labbée, dit qu'à propos de ce malade, M. Labbée a ajouté qu'un homme bien portant ne pouvait supporter l'inanition plus de trente jours ; mais il n'en est plus de même pour un malade. En effet, un malade qui s'est anémié peu à peu par le fait d'une longue maladie, n'est-il pas plus apte à supporter une plus longue privation d'aliments? Dans la fièvre typhoïde, par exemple, n'était-il pas autrefois de règle de faire supporter au malade une longue abstinence ? On prescrivait pendant quinze ou vingt jours une diète absolue ; puis, pendant le même laps de temps au moins, on ne permettait que

deux ou trois tasses de bouillon dans les vingt-quatre heures. M. Moutard-Martin croit donc qu'il y a des conditions particulières qui lui permettent de dire qu'on ne peut affirmer que si un malade a vécu quarante ou quarante-cinq jours en prenant des lavements nutritifs, la conservation de la vie soit due à ces lavements.

M. E. Labbée n'a voulu que citer un fait, sans en tirer des conclusions positives.

M. Labbée a vu récemment une malade hystérique qui fut prise subitement à table, alors qu'elle venait d'avaler une grosse bouchée d'aliments, d'une contracture du cardia ; il eut l'idée alors de faire prendre une forte dose de pepsine ; sous l'action de cette substance, les aliments ne tardèrent pas à pénétrer dans l'estomac. Ne pourrait-on pas mêler de la pepsine aux substances nutritives introduites par les lavements ?

M. Bouloumié dit que, sans avoir besoin d'arriver jusqu'à la mort, on pourrait, chez les animaux, se rendre compte du degré d'inanition par l'analyse de l'urée contenue dans les urines.

M. Dujardin-Beaumetz répond à M. Labbée qu'il préfèrerait la pancréatine à la pepsine pour les cas dont il parle. Quant à l'expérience proposée par M. Bouloumié, d'analyser l'urée, ces expériences ne seraient pas probantes, car, privés d'aliments, les animaux se nourrissent de leur propre substance.

M. Duhomme s'élève contre cette idée que le bouillon n'est pas une substance nutritive ; pendant longtemps on l'a considéré comme un excellent aliment ; puis, sous l'influence de la chimie, on lui a retiré toutes les propriétés qu'on lui accordait, à juste titre, auparavant.

M. Dujardin-Beaumetz ne nie pas les services que peut rendre le bouillon. On a démontré que la sécrétion du suc gastrique n'est pas illimitée ; si, au moment où cette sécrétion est arrêtée, on introduit dans les veines ou même dans le rectum une substance peptogène, on voit sourdre des glandes de l'estomac une grande quantité de pepsine. Or, on considère le bouillon comme fournissant une assez grande quantité de substance peptogène ; aussi a-t-on raison de le prendre au commencement du repas. M. Dujardin-Beaumetz donne la préférence à la panade.

M. Blondeau fait remarquer qu'il y a des personnes qui ne digèrent pas la panade ; on ne doit pas oublier de plus que la digestion ne se fait pas dans l'estomac ; pour qu'elle se fasse, il est nécessaire qu'il y ait l'action de la bile et du suc pancréatique.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Des cystites du col de la vessie et de leur traitement. — Cette affection peut se présenter sous trois formes différentes qui demandent un traitement spécial, et qui souvent ne reconnaissent pas la même cause.

Le docteur Laforest, après avoir étudié à fond ces différentes questions, pose ces conclusions que, d'après l'étiologie variable de la cystite du col de la vessie, d'après les symptômes qu'il a énumérés, il maintient qu'il y a lieu d'envisager trois formes de la cystite des sphincters vésicaux :

Une première forme, qui est la plus fréquente, la moins tenace, d'une durée moyenne de quarante à soixante jours, et que nous appellerons « cystite subaiguë du col ». Les moyens médicaux suffisent dans la majeure partie des cas pour la guérir. Cependant l'emploi des bougies molles hâte et favorise la guérison.

Une seconde forme, qui présente surtout des phénomènes douloureux très pénibles, des accidents de spasme et de contracture, qui tourmentent particulièrement les malades et donnent lieu à des alternative de rétention et d'incontinence, à des mictions assez fréquentes pour troubler le repos des patients. Cette forme a une durée un peu plus longue, variant entre six semaines et plusieurs mois : c'est celle que nous nous proposons d'appeler « cystite chronique avec spasme et contracture. » Son origine purement inflammatoire fait que, prise à temps, elle est encore facile à guérir, non plus par les moyens médicaux seuls, mais par une intervention chirurgicale, soit la dilatation progressive, soit la divulsion, soit les instillations de nitrate d'argent localement, soit enfin quand on se trouve en présence d'accidents qui réclament une intervention rapide de la section de dedans en dehors, l'uréthrotomie interne.

Enfin la troisième forme, si nette au point de vue de la pathogénie, puisqu'on ne trouve plus ni uréthrite, ni blennorrhagie, mais la diathèse rhumatismale, nous semble devoir être dénommée « cystite rhumatismale ou nerveuse ».

La guérison réclame des procédés plus énergiques, à savoir la divulsion, mais plus sûrement l'uréthrotomie interne, et surtout la taille médiane. Sa durée oscille entre trois et six mois ; elle peut même durer plusieurs années et amener la mort quand l'intervention est trop tardive. (*Thèse de Paris*, 1878, nº 289.)

Du pronostic dans les accidents gangréneux du diabète sucré. — Ce n'est qu'après avoir étudié à fond et publié un grand nombre d'observations fort intéressantes que le docteur Peyrot arrive à poser ces conclusions que :

1º Le pronostic est d'autant plus grave que le diabète a été plus longtemps méconnu, que sa marche est plus rapide et que le malade est plus débilité ;

2º Les incisions amenant des modifications différentes, suivant la nature des accidents, rendent le pronostic plus favorable dans les inflammations, et l'aggravent dans les gangrènes spontanées ;

3º Presque toujours inutile dans l'anthrax furonculent, l'intervention chirurgicale est souvent nécessaire dans l'anthrax diffus ;

4º Malgré la gravité plus grande du phlegmon diabétique, la méthode des larges incisions présente autant d'avantages que dans le phlegmon diffus ordinaire. La principale complication est le sphacèle des bords de la plaie ; il empêche rarement la guérison, la cicatrisation est seulement un peu retardée ;

5º La gangrène superficielle ne met généralement pas la vie en danger, et la guérison est la règle ;

6º La gangrène profonde des extrémités est presque toujours funeste ; elle est la dernière expression de l'état glycémique.

Enfin, disons, en terminant, que jusqu'à présent on ne connaît pas de cas de guérison de gangrène pulmonaire diabétique, car, dans cet accident, la mort est presque fatale. (*Thèse de Paris*, 1878, nº 101.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Ovariotomie. Les docteurs Jose-Casimiro Ulloa et Aurelio Leon, en communiquant à la Faculté de médecine de Lima le résultat heureux de la première ovariotomie exécutée au Pérou, par le professeur Lino Alarco, donnent le résultat de leurs recherches relatives à l'histoire de l'ovariotomie dans l'Amérique du Sud. La première opération pratiquée dans ce continent a été faite à Conception, dans la république du Chili, le 14 octobre 1868, par les docteurs Pedro Ortiz et Oswaldo Aichel. La ré-

publique Argentine paraît avoir été la première à suivre l'exemple donné par les chirurgiens du Chili (*la Gaceta medica de Lima*, 1878, p. 284).

Toxicologie du chloroforme. Exposition de quelques données pratiques pour servir aux recherches chimico légales relatives à cet anesthésique, par les docteurs Santiago Bonilla Mirat et Angel Bellogin Aguasal (*la Gaceta de sanidad militar*, février 1879).

Note sur un appareil modifié, pour les inhalations de vapeurs médicamenteuses, par le docteur James Adams (*the Glascow medical Journal*, mars 1879, p. 182).

Péritonite tuberculeuse. Traitements divers, entre autres par la digitale, l'opium, la quinine, l'atropine, la salicine, l'enveloppement dans les draps froids ; guérison. Tableau très intéressant, montrant la marche de la température pendant ces divers traitements, depuis le 21 mars jusqu'au 30 juin. Dr Forrest (*id.*, p. 198).

Mal de Pott. Traitement de cette affection par la cuirasse en paraffine. Cet appareil s'applique comme celui de Sayre, seulement on remplace le plâtre par la paraffine. Dr Macewen (*id.*, p. 224).

Anévrysme de l'aorte abdominale. Bons résultats du traitement par la diète, le repos et l'iodure de potassium, par le docteur Perry (*id.*, p. 229).

Cancer du rectum. Deux cas d'entérotomie suivis de succès, par les docteurs Peter Manson et Macleod (*id.*, p. 226 et 232).

Dilatation de l'estomac traitée avec succès par l'acide salicylique et la pompe stomacale, d'après la méthode de Kussmaul, par le docteur Gairdner (*id.*, p. 237).

Pénétration d'un os de poisson très pointu dans le pharynx ; extraction. Mort cinq jours après de méningite spinale causée par la perforation du canal rachidien par l'os de poisson. Dr Dunlep (*id.*, p. 247).

Action de la brucine sur les nerfs moteurs. Expérience tendant à démontrer que, la brucine détruisant l'action des nerfs moteurs, et la strychnine pure, même à dose toxique, n'ayant aucune influence sur eux, d'après le docteur Klapp, les résultats antérieurs, dans lesquels on a trouvé que la strychnine anéantit la neurilité, doivent être attribués à la présence de la brucine dans les solutions employées dans ce dernier cas. Dr Robert T. Robbins (*Philadelphia Med. Times*, 15 février 1879, p. 228).

Compression de l'œsophage par une tumeur cancéreuse du médiastin; dysphagie; gastrostomie ; mort au dix-septième jour. Noyaux cancéreux dans les poumons, par le docteur Langton (*Brit. Med. Journ.*, 1er mars 1879, p. 310).

VARIÉTÉS

Légion d'honneur. — M. Ballay, aide-médecin auxiliaire de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Assistance publique. — Sur la demande du directeur de l'Assistance publique, un arrêté de M. le préfet de la Seine confère à l'hôpital Temporaire le nom d'*hôpital Laënnec*, et à l'hôpital Ménilmontant, celui d'*hôpital Tenon*.

Faculté de médecine de Lyon. — Par décret en date du 28 février 1879, ont été nommés professeurs titulaires à la Faculté mixte de médecine et

de pharmacie de Lyon : MM. Picard, chaire de physiologie ; Crolas, chaire de pharmacie ; Mayet, chaire de pathologie et thérapeutique générales ; Soulier, chaire de thérapeutique.

SOUSCRIPTION POUR ÉLEVER UN MONUMENT A CLAUDE BERNARD. — Dans la séance du 22 février dernier, la Société de biologie a reçu les souscriptions suivantes pour le monument de Claude Bernard :

Médecins civils et militaires de l'empire russe : 5 963 fr. 55.

Déjà la Société physiologique de Londres et l'Institut physiologique de Berlin avaient envoyé des souscriptions importantes.

Le président de la Société de biologie, M. Paul Bert, à l'occasion de ces souscriptions, a rappelé, dans une improvisation très émue, combien sont grands les témoignages d'admiration et de respect rendus par les savants étrangers à notre savant physiologiste Claude Bernard. De tels hommages, a-t-il ajouté, honorent notre patrie, et font grande la reconnaissance que nous devons aux savants de tous les pays qui, après avoir partagé notre deuil, viennent se joindre généreusement à nous pour la consécration d'un pieux souvenir.

Dans la même séance, la Société a reçu les souscriptions adressées au journal le *Progrès médical* : 677 francs, et la souscription de M. le professeur Gosselin : 100 francs.

La souscription s'élève à ce jour à la somme de 25 000 francs environ.

COURS PUBLICS D'ANTHROPOLOGIE (à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine) ; *Géographie médicale*. — M. le docteur BORDIER commencera ce cours le mercredi 26 mars, à trois heures, dans le local de la Société d'anthropologie, et le continuera tous les mercredis à la même heure.

Programme : géographie médicale et pathologie comparée des races humaines ; aptitudes et immunités pathologiques ; influence de la race et du milieu sur la production, la marche et la répartition des maladies.

NÉCROLOGIE. — Le personnel des hôpitaux vient d'éprouver des pertes bien cruelles. M. ABBADIE TOURNE, interne en médecine ; M. Henri CARETTE, externe, et M. PREVEL, interne en pharmacie, ont succombé : les deux premiers à la diphthérie et le dernier à la variole, maladies qu'ils avaient contractées dans l'exercice de leurs fonctions ; sur la proposition de M. Liouville, le conseil municipal de Paris a voté les résolutions suivantes :

« Art. 1er. — Des plaques commémoratives en marbre seront placées dans les hôpitaux et hospices de la ville de Paris, sur lesquelles seront inscrits les noms des médecins, chirurgiens, internes, externes, élèves en médecine ou tous autres auxiliaires de l'Assistance publique, morts victimes de leur dévouement dans l'exercice de leurs fonctions.

« Art. 2. — Lors de l'inhumation, le conseil municipal sera représenté officiellement aux obsèques par quatre de ses membres délégués spécialement à cet effet. »

CORRESPONDANCE. — Nous prions le confrère qui a bien voulu nous adresser une note sur la Chorée rhumatismale de se faire connaître, car sa communication n'étant pas signée, nous ne pouvons la faire paraître.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement thérapeutique des tuberculeux (1);

Par M. le professeur PETER, médecin de la Pitié.

Ce que j'ai dit de la peau, de son rôle à utiliser et de son fonctionnement à régulariser, me conduit naturellement à vous parler des *sueurs* des tuberculeux et de leur traitement.

Les tuberculeux suent parce qu'ils ont de la fièvre, ils suent parce qu'ils dorment, ils suent encore parce qu'ils vont mourir. Tout cela a été quelque peu confondu sous le nom de *sueurs nocturnes* des phthisiques, dénomination impropre s'il en fut, puisque le tuberculeux peut suer aussi *le jour*, pour peu, mais *pourvu qu'il dorme*, et que ses sueurs sont alors *diurnes*. Il serait mieux de les appeler les sueurs du sommeil ou plutôt *du réveil*, car c'est à peine quelques secondes après s'être éveillé que le tuberculeux se couvre d'une sueur profuse, partielle ou générale.

Les sueurs *de la fièvre* se rattachent aux exacerbations fébriles et ne constituent qu'un stade de l'accès ; les sueurs du réveil sont plus intimement liées à la tuberculisation en elle-même, tandis que les sueurs *colliquatives* nous révèlent la cachexie arrivée à sa période ultime.

Les sueurs tuberculeuses s'observent la nuit, ou plutôt à la suite du sommeil, car nous venons de voir qu'elles se produisent dans la journée, si le tuberculeux dort le jour et non la nuit. Elles ne tiennent pas à l'état spécial des poumons, mais bien à l'état général, puisque M. Fonssagrives les a observées alors que le poumon n'était pas tuberculisé et en particulier dans la péritonite tuberculeuse.

Or, ces sueurs doivent être soigneusement distinguées des autres. Ainsi, vous avez au n° 26 un homme qui suait la nuit depuis trois mois, mais qui, depuis trois mois aussi, avait une sorte de fièvre rémittente à exacerbations vespérales, dont les sueurs n'étaient qu'un stade. Nous lui avons donné du sulfate de quinine, et il ne sue plus parce que, dit-il, *il n'a plus de fièvre ;* or, le malheureux conserve sa fièvre continue, tuberculeuse ; nous

(1) Suite. Voir le numéro du 15 février 1879.

n'avons pu supprimer que ce qui lui était le plus pénible, l'accès et les sueurs qui en dépendaient.

D'autres malades, et vous en avez de lamentables exemples dans le service, ont ces sueurs *colliquatives* qui tiennent leur place dans le tableau si tristement pittoresque de Morton où l'on voit la colliquation s'opérer par toutes les portes de l'organisme.

Il faut donc distinguer ici, car l'importance de ces distinctions est aussi grande au point de vue thérapeutique qu'au point de vue symptomatique.

Vous avez encore au nº 51 un malheureux dont la phthisie affecte cette forme chronique fébrile continue, qui, pour n'être pas la phthisie aiguë, n'en est pas moins impitoyable.

Il est entré ici avec des exacerbations que nous avons coupées par le sulfate de quinine, et du même coup nous avons fait disparaître la sueur, bien que la fièvre persistât en tant que fièvre tuberculeuse continue. Ainsi, vous voyez qu'on peut employer un traitement particulier contre cette expression terminale de l'accès fébrile.

Restent les sueurs colliquatives, dont je ne vous dirai rien, sinon que nous ne pouvons rien contre elles. C'est la colliquation de l'organisme se faisant, dit Morton, *per omnes portas a natura concessas :* par la peau, par les poumons, par l'intestin, *per nimios sudores, per sputa, per alvi profluvium.*

Dans cette première vue d'ensemble, ce que j'ai voulu surtout faire ressortir, c'est qu'il faut soigneusement différencier la nature de ces sueurs des tuberculeux et des phthisiques, puisque, si ce sont des *sueurs du sommeil*, nous pouvons espérer les supprimer. Vous l'avez vu au nº 17 de la salle des femmes.

Ces sueurs de la *fièvre*, du *sommeil* ou de la *colliquation* sont donc aussi différentes par leur origine que par la thérapeutique dont elles sont justiciables ; on peut quelque chose contre les sueurs de la fièvre, un peu moins contre celles du sommeil, on ne peut absolument rien contre celles de la colliquation, qui sont celles de la « phthisie désespérée » de Morton.

Les sueurs de la fièvre, ou mieux de l'exacerbation fébrile, doivent être traitées comme l'accès fébrile, dont elles sont le dernier stade, par le sulfate de quinine à la dose de 25 à 50 centigrammes environ, rarement davantage.

Je dis de « l'exacerbation fébrile », c'est-à-dire d'un accès surajouté ; attendu que la fièvre continue tuberculeuse, provoquée

et entretenue par le processus tuberculeux et son hypérémie rayonnante sur le parenchyme et les bronches, où elle détermine l'hémorrhagie, la phlegmasie et l'ulcération ; cette fièvre-là n'est en aucune façon justiciable du sulfate de quinine ou de l'arsenic ; — elle ne cède, quand elle le fait, et ce n'est pas souvent, qu'aux révulsifs locaux et aux dérivatifs. — C'est alors, essentiellement, le traitement du *poumon tuberculeux* ; nous n'avons en vue actuellement que celui qui le porte, que le tuberculeux.

Quand la fièvre est due à l'état gastrique, également adventice, — et trop souvent résultant d'une surcharge de l'estomac, à l'occasion de laquelle le médecin n'est pas toujours innocent, nous l'avons vu, — le traitement des sueurs de cette petite fièvre gastrique est celui même de la gastricité : un léger vomitif, un purgatif peu énergique et surtout une hygiène alimentaire plus réservée.

Les sueurs du réveil dans la tuberculose sont en soi passablement mystérieuses ! Pourquoi et comment affectent-elles certains phthisiques et non d'autres? Pourquoi et comment se montrent-elles au début de la maladie, disparaissent-elles quelquefois dans son cours, pour reparaître sous forme colliquative à la période dernière ?

Une broncho-pneumonie de voisinage ne saurait les expliquer, car suivant la juste remarque de Louis : « les phthisiques peuvent avoir des accès de fièvre sans sueurs, et des sueurs sans accès de fièvre. » A quoi il ajoute qu'il n'y a aucune relation entre la diarrhée et les sueurs ; qu'elles peuvent exister ensemble ou séparément ; en d'autres termes, il n'y a pas de compensation de l'une par les autres ou réciproquement.

Comment comprendre, d'ailleurs, l'hypothèse que ces sueurs dériveraient d'une phlegmasie de voisinage, alors qu'on voit des individus d'aspect bien portant, mais déjà tuberculeux de leurs sommets, qui, avec leur tuberculisation au début, se plaignent uniquement d'avoir des sueurs localisées à la tête, au cou, à la poitrine et aux lombes ? Vous ne leur trouvez d'ailleurs pas de fièvre, et, si vous les auscultez, vous constatez seulement quelques craquements secs sans aucun signe de broncho-pneumonie. Puis la maladie va croissant et cependant les sueurs cessent, tout d'un coup parfois, sans que rien ait changé dans l'état local. Je me trompe, les lésions sont plus profondes, les signes physiques plus manifestes. Qu'en conclure sinon que, sans doute, les

sueurs ne sont pas là l'expression de l'état local, mais d'un état général mauvais.

Eh! qui d'entre nous n'a pu les observer sur lui-même ces sueurs liées à un mauvais état général? A la suite d'un écart de régime, on s'endort plus ou moins lourdement; le réveil a lieu, et voici que les sueurs se produisent, à la tête, au cou, sur le devant de la poitrine; sueurs qu'aucun mouvement n'a provoquées, qu'aucune chaleur n'a précédées; sueurs accompagnées de malaise et qui n'ont rien de critique. Ces sueurs locales s'observent encore par le fait du mal de mer ou d'un vomitif. Il y a là, à un faible degré et d'une façon passagère, le phénomène observé d'une façon plus habituelle comme plus durable chez les tuberculeux.

Maintenant, pour comprendre qu'elles cessent pendant le cours de la tuberculose, alors qu'elles s'étaient produites au début de celle-ci, il faut admettre qu'une sorte de tolérance s'est établie de l'organisme pour la lésion.

On pourrait se demander, pour en comprendre le mécanisme, si ces sueurs ne seraient pas un phénomène de compensation d'un autre ordre, si, par suite du mauvais état des voies respiratoires, la réfrigération pulmonaire ne pouvant plus se faire suffisamment, le surplus s'effectuerait alors par la peau, d'où une perspiration exagérée, qui aurait lieu surtout pendant le sommeil, parce qu'alors la respiration est moins fréquente. Mais, cette théorie n'est pas satisfaisante, d'abord parce que ces sueurs ne s'effectuent qu'au réveil, ensuite parce qu'elles seraient alors un soulagement pour les malades, tandis que tous vous supplient de les en débarrasser. Comment le peut-on faire? C'est ce que nous allons essayer de voir.

Pour combattre ces sueurs du sommeil, nous pouvons disposer de deux ordres de moyens, les uns internes, les autres externes, ceux-ci beaucoup moins connus que ceux-là.

Parmi les moyens internes qui sont signalés dans tous les traités de pathologie et de thérapeutique, il en est de beaucoup préférables et ce sont eux que je veux surtout vous signaler.

En première ligne, je placerai l'agaric, indiqué par de Haën, mais étudié très complètement par Andral dans cet hôpital de la Pitié. L'illustre médecin prouva par des expériences : d'abord que l'agaric avait bien la propriété de tarir les sueurs des phthisiques, ensuite qu'on en pouvait donner des doses assez consi-

dérables, 2 grammes par exemple, sans éveiller la susceptibilité du tube digestif; ce n'est qu'à la dose de 3 grammes qu'il a vu survenir de la diarrhée.

Ainsi Andral et bien d'autres après lui, reconnurent les bienfaits de l'agaric à la dose assez peu élevée de 20 centigrammes, contre les sueurs des phthisiques.

Trousseau donnait 20 centigrammes d'agaric deux heures avant le coucher et presque toujours le résultat obtenu était satisfaisant. Les sueurs étaient taries au moins pour un temps déterminé, si ce n'est indéfiniment. Il faut cependant faire des réserves pour le cas de cachexie trop prononcée, les sueurs colliquatives qu'on observe alors pouvant en être diminuées, mais n'étant jamais supprimées.

J'ai employé la poudre d'agaric à la dose de 20 centigrammes, de 30 centigrammes au plus, et n'ai jamais eu besoin d'en donner une quantité plus considérable.

Je n'insiste sur les bons effets de l'agaric que parce que des hommes considérables se sont plu récemment à nier son action salutaire. Or, il suffit d'en appeler aux faits accomplis sous nos yeux.

Un jeune homme de vingt ans entre à la Pitié le 23 avril, il tousse depuis un an environ. Amaigri, affaibli, il se plaint surtout de sueurs nocturnes très abondantes. Les signes physiques de la tuberculisation sont une respiration caverneuse à droite, avec une expectoration modérée. Le 10 mai, le malade est dans l'état suivant : sueurs excessives et incessantes, fièvre vive, un peu de diarrhée.

Le 14 mai, les sueurs persistent, le malade s'affaiblit visiblement, on lui donne 20 centigrammes de poudre d'agaric.

Dans la nuit qui suit la première administration de l'agaric, *plus de sueur*.

On continue jusqu'au 18 mai et l'absence de sueurs persiste ; mais, la diarrhée ayant un peu augmenté, on supprime l'agaric et l'on donne 10 grammes de sous-nitrate de bismuth par jour, lesquels diminuent la diarrhée.

Les jours suivants, le malade va beaucoup mieux, reprend des forces et même un embonpoit relatif; de sorte que le 21 juin il demande à nous quitter pour aller à Vincennes.

Ainsi cet homme, qui avait depuis si longtemps des sueurs abondantes, les voit céder dès le lendemain du jour où il a com-

mencé à prendre de l'agaric. Direz-vous que c'est une simple coïncidence? Voici un autre fait :

Il s'agit de cet individu auquel nous avons dû faire la thoracentèse pour une pleurésie qui était chez lui l'indice initial de la tuberculisation. Le 24 avril, cet homme se plaignait depuis plusieurs jours de sueurs nocturnes abondantes; nous lui donnâmes 20 centigrammes de poudre d'agaric : dès la nuit qui suivit, les sueurs cessèrent. Le 27 avril au soir, l'agaric n'est pas donné, et le malade sue la nuit « à mouiller deux chemises ». Les jours suivants, l'agaric est donné régulièrement et les sueurs de la nuit sont nulles ou très peu abondantes.

Ces faits et bien d'autres que j'ai constamment observés sont concluants. Il est impossible de douter de l'action bienfaisante de l'agaric contre les sueurs des tuberculeux, seulement ce médicament a l'inconvénient d'épuiser son action au bout d'un certain temps; puis si, les sueurs reparaissant, on recourt de nouveau à l'agaric, il peut se faire qu'il soit désormais impuissant. Il faut donc recourir à d'autres moyens.

On a vanté comme antisudoral l'acétate de plomb associé ou non à l'opium. Son inconvénient est qu'à la longue ce sel peut produire un effet toxique. Ce qu'il y a ici de remarquable, c'est l'association possible de l'acétate de plomb à l'opium, lequel fait suer ; et cependant le résultat désiré est obtenu. C'est que souvent les effets physiologiques ne sont pas des effets thérapeutiques, et que les médicaments prétendus antagonistes peuvent très bien, associés, concourir au même but. Nous en verrons bientôt la preuve dans l'association salutaire de la belladone à l'opium contre la toux des phthisiques.

On a encore préconisé le tannin à la dose de 1 à 2 grammes donnés le soir, et plus récemment le sulfate d'atropine; c'est là un médicament à employer au cas d'impuissance de l'agaric.

Dans une thèse intéressante de M. Royet (1), faite sous l'inspiration de M. Vulpian, qui emploie ce remède contre les sueurs, nous voyons que l'atropine, conseillée d'abord par Sydney Ringer, en Angleterre, et Wilson aux Etats-Unis, supprime ou tout au moins modère les sueurs, même aux périodes extrêmes de la phthisie. Elle réussit plus généralement à des périodes moins

(1) *De l'emploi du sulfate d'atropine contre les sueurs pathologiques* (thèse de Paris, 1877).

avancées. Il faudrait deux, trois, quatre jours, rarement plus, pour supprimer les sueurs. La suppression se maintient, sans le secours de l'atropine, quelquefois pendant un ou deux jours seulement, souvent trois, quatre et cinq jours. M. Vulpian a cependant eu plusieurs échecs.

Les inconvénients possibles du médicament sont de peu d'importance : ils consistent en une sécheresse de la gorge, très légère, et dont les malades ne se plaignent pas, et en des troubles oculaires peu appréciables.

Comme mode d'administration, M. Vulpian a rarement recours aux injections hypodermiques ; il préfère donner l'atropine sous forme de pilules contenant chacune un *demi-milligramme*. Il commence par une pilule et va jusqu'à deux ou trois.

L'atropine doit être prise quelques heures avant le début présumé des sueurs. En moyenne, pour avoir des résultats durables, il faut administrer le médicament pendant une dizaine de jours.

Théoriquement, M. Vulpian ne serait pas éloigné de croire que l'atropine agirait sur les glandes sudoripares comme elle fait sur les glandes salivaires, où elle supprime la sécrétion ; — et cela, vraisemblablement, en paralysant momentanément les filets sympathiques qui se rendent aux glandes salivaires comme aux sudoripares.

J'arrive maintenant, en en demandant presque pardon, à un procédé un peu moins connu en France et très révolutionnaire; procédé externe et qui consiste à pratiquer des lotions d'eau vinaigrée sur tout le corps. J'ai été guidé ici par cette idée que les tuberculeux ont surtout besoin d'être tonifiés et que l'hydrothérapie est le tonique général par excellence ; mais c'est là une pratique dangereuse pour qui ne sait pas bien la diriger, et d'ailleurs l'hydrothérapie est assez mal installée dans nos hôpitaux. Voilà pourquoi vous m'avez vu la réduire à l'emploi des lotions générales, que tous les infirmiers savent faire.

J'y ai eu recours pour la première fois sous vos yeux pour une femme couchée au n° 37, qui, dans le décours d'une scarlatine, avait eu des sueurs et des douleurs articulaires, puis des sueurs profuses excessives. Cinq jours de suite on fit une lotion, après quoi les sueurs et la fièvre ayant complètement cessé, on interrompit le traitement, parce que, depuis, cette femme ne sua ni n'eut de fièvre.

Mais il s'agissait là de sueurs purement rhumatismales. Eh

bien ! les sueurs d'origine tuberculeuse sont justiciables de ce moyen. Le premier essai que j'en ai fait devant vous l'a été sur une fille de trente ans, couchée au n° 17. Cette fille, qui toussait depuis deux ans, était entrée le 11 juin dernier. Elle vomissait ses aliments en toussant ; le laudanum donné par gouttes, avant les repas, eut raison de ce premier symptôme.

« Mais ce qui fatiguait le plus la malade, est-il dit dans l'observation que je cite textuellement, c'étaient des sueurs profuses qui duraient depuis dix mois. Elles se montraient surtout la nuit dans la région dorso-lombaire et à la poitrine; chaque nuit la malade « mouillait plusieurs chemises ».

« Jusqu'à cette époque, on n'avait rien fait contre les sueurs.

« On ordonna des lotions d'eau vinaigrée sur tout le corps pendant cinq minutes.

« La nuit qui suit la première lotion, les sueurs diminuent manifestement. Il n'y a de transpiration que dans la région inguinale et à la partie interne des cuisses, où la malade dit avoir constaté de l'humidité le matin. Enfin, après la troisième application du traitement, les sueurs sont totalement supprimées ; *elle n'en a pas plus qu'en bonne santé* (sic). La malade se sent aussi la peau plus fraîche ; dans la journée, elle avait continuellement la paume des mains *pleine d'eau*, maintenant elles sont sèches.

« Depuis plus de trois semaines, les sueurs n'ont pas reparu, et il n'y en a pas même eu ces jours derniers de température excessive. »

De sorte que vous voyez ici une médication tellement efficace, qu'en trois jours elle a supprimé des sueurs qui, depuis trois semaines, n'ont pas reparu ; ce qui tendrait encore à prouver que l'effet produit a plus de persistance par cette médication externe que par les médicaments internes.

Quelle que puisse être la théorie, tous les malades se félicitent de ces lotions. Nous avons au n° 40 une pauvre fille, aussi phthisique qu'on puisse l'être, quoiqu'elle ne soit tuberculeuse qu'au deuxième degré. J'ai eu la pensée de faire quelque chose pour elle en lui ordonnant ces lotions vinaigrées. Le matin du jour où fut faite la première lotion, elle avait une température de 38°,8 avec 105 pulsations ; or, le soir, non seulement la température n'avait pas subi son augmentation habituelle, mais même elle était tombée à 38°,4 avec 80 pulsations. Puis elle n'eut pas de sueur la nuit qui suivit, et elle éprouva un sentiment si

agréable à la suite de ces lotions, qu'elle en réclama elle-même la continuation. Ce sont là des sensations dont nous devons tenir grand compte, car les malades ne font pas de théorie.

Voilà des faits que je suis heureux de vous signaler, parce qu'ils se passent sous vos yeux.

Chez le n° 2 des hommes, la médication n'a pas eu un succès aussi complet; mais le malade s'en trouve cependant si bien, qu'il demande à ce qu'on les lui continue.

Au n° 51, j'ai également prescrit ces lotions pour essayer de calmer la fièvre et de faire disparaître la chaleur sèche de la peau. La température centrale, diminuée d'abord pendant deux jours, est ensuite revenue au même point, mais la température périphérique est moins élevée; les sensations du malade nous l'apprennent comme le toucher.

En définitive, nous voyons que c'est là une médication toujours bienfaisante et qui, dans certains cas, atteint pleinement le but qu'elle visait.

Fleury rapporte dans sa 142e observation l'histoire d'une dame tellement phthisique, qu'on ne pouvait songer à la transporter de Meudon à Bellevue. Il ordonna de l'envelopper chaque jour dans un drap mouillé et de la frictionner avant de la remettre dans son lit. Au bout de deux ou trois jours de ces applications, non seulement la malade toussa et cracha moins, mais elle ne sua plus ; et en quelques jours elle fut complètement transformée.

Nous avons vu que Bennet emploie les lotions couramment chez les tuberculeux. Cette médication n'est cependant que mentionnée dans un traité qui mérite d'être classique, le livre de MM. Hérard et Cornil; mais sous la forme de cette indication assez peu encourageante : « il nous a paru que l'emploi des lotions vinaigrées pourrait avoir de bons résultats. » Or, vous voyez quelle en est la puissance.

Cependant ne croyez pas que vous puissiez les faire accepter facilement. C'est affaire de milieu. Les plus riches et les plus éclairés vous écouteront plus volontiers ; les pauvres et les ignorants (c'est la majorité) vous refuseront. Tant pis pour eux !

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Sur une modification au procédé de Jules Roux pour l'amputation tibio-tarsienne ;

Par le docteur Maurel, médecin de la marine.

Quoique depuis quelques années un certain nombre d'innovations chirurgicales se soient réunies pour restreindre le champ de la désarticulation tibio-tarsienne, cette opération n'en reste pas moins la seule qui soit applicable à de nombreuses lésions, et à ce titre, je crois qu'on ne saurait contester l'utilité des diverses modifications destinées soit à rendre son exécution plus facile, soit à diminuer ses dangers.

Ces modifications déjà nombreuses ont été réunies dans la thèse du docteur Queste (1), qui en a fait l'étude critique, et c'est sur l'une d'elles, qui m'est personnelle, que je viens de nouveau attirer l'attention.

Des différents procédés qui ont été appliqués à cet article, c'est celui de Jules Roux qui l'a emporté et cela, je crois, avec raison. Mais il faut cependant l'avouer, tel que son auteur l'a légué à la chirurgie, ce procédé, outre une sérieuse difficulté d'exécution, présente l'inconvénient de conserver un godet dans lequel s'accumule le pus, et d'exposer ainsi à des complications graves qui pour le moins retardent la guérison.

C'est pour éviter ce double inconvénient que j'ai adopté une modification consistant à descendre la partie externe de l'incision jusqu'au limbe plantaire et à ne comprendre dans le lambeau que la moitié interne de la peau du talon.

Ainsi se trouvent supprimés, à la fois, et la stagnation du pus, et le temps le plus laborieux de l'opération, la décortication du calcanéum.

Or, si, pour quelques chirurgiens très exercés, la question de difficulté opératoire peut paraître secondaire, on ne saurait cependant lui refuser toute importance quand on voit de combien elle pèse dans l'esprit de beaucoup d'autres que les nécessités de la

---

(1) *De l'amputation tibio-tarsienne, ses procédés, leurs modifications*, par le docteur Queste, Paris, 1878.

vie de praticien ont tenus éloignés des amphithéâtres. De sorte que, même à ce point de vue, je crois que toute facilité apportée au procédé classique doit être bien accueillie par le monde chirurgical.

Mais ce n'est pas là l'avantage sur lequel je veux le plus insister. Ce qui me fait accorder une certaine valeur à cette modification, c'est surtout l'heureuse influence de la déclivité de l'incision externe rendant toute stagnation de pus impossible, et, sous ce rapport, j'espère que son incontestable utilité sera admise au moins par tous ceux qui ont eu à lutter contre les fusées purulentes qui viennent compliquer cette opération.

Voici cette modification telle, à peu près, que je l'ai communiquée au docteur Queste :

« Je fais partir le bistouri du point le plus reculé du bord inférieur de la face externe du calcanéum, et je suis ce bord dans l'espace de 3 à 4 centimètres. Puis, arrondissant l'incision, je passe à 3 centimètres au-dessous du sommet de la malléole externe, traverse la face dorsale du pied, et viens m'arrêter à 2 centimètres au-dessous du sommet de la malléole interne. De là, je descends perpendiculairement sur le bord interne du pied que je franchis, et, sans changer de direction, j'atteins la ligne médiane de la région plantaire. La section de la peau est complétée par une incision oblique allant rejoindre le point de départ par le plus court chemin.

« Quelques coups de bistouri détachent la peau des faces inférieure et externe du calcanéum, puis, après la dissection du petit lambeau cutané dorsal, j'attaque l'articulation par ses côtés externe et antérieur, et j'achève l'opération en luxant le pied en dedans et en coupant les parties molles au fur et à mesure qu'elles se présentent à l'instrument.

« Pendant tout ce dernier temps, il faut procéder par petits coups, le tranchant tourné vers l'astragale. Dès qu'il arrive à la gouttière de cet os, il faut que l'opérateur, guidé par la connaissance exacte de sa concavité, la suive avec le bistouri, en ayant soin de laisser toujours devant lui les tendons des muscles de la région jambière postérieure et profonde, satellites protecteurs des vaisseaux qu'il faut respecter. Ce n'est que lorsqu'il est arrivé au niveau de l'incision cutanée qu'il doit couper perpendiculairement aux tendons toutes les parties molles qui se trouvent devant son tranchant.

« Les deux malléoles sont ensuite réséquées. Un rétracteur à deux chefs en forte toile embrasse leur base, de telle manière que l'entrecroisement des chefs ait lieu en dehors pour l'externe et en dedans pour l'interne. La lame de la scie est appliquée à plat contre la surface articulaire du tibia et assujettie fortement contre elle, pour être sûr de faire porter la section juste au niveau du plateau tibial.

« Pour profiter de la fin de l'anesthésie, qui a dû être suspendue sitôt après la résection des malléoles, le nerf tibial est immédiatement disséqué jusqu'à la base du lambeau, et réséqué en ayant soin d'éviter tout tiraillement.

« Les artères sont liées ensuite et, après s'être assuré que l'hémostase ne laisse plus rien à désirer, la réunion est faite en commençant par la partie interne. La partie externe la plus déclive reste forcément entr'ouverte, et ce n'est pas là un des avantages les moins précieux de ce procédé. »

Telle est la modification qu'après de nombreux essais à l'amphithéâtre, j'ai appliquée deux fois sur le vivant.

Quoique dans le cours de la description je me sois arrêté sur quelques détails, tels que la résection des malléoles, du nerf tibial, etc., la modification est tout entière, pour moi, dans la direction de l'incision cutanée.

Je ne m'en exagère cependant pas l'importance. C'est toujours le procédé de Jules Roux, et la modification que je lui fais subir ne saurait avoir la prétention d'en amoindrir la valeur ou de le faire oublier. Son but est bien plutôt, en le perfectionnant, de le conserver dans la pratique et de mieux faire ressortir ses avantages.

Ainsi modifiée, en effet, la désarticulation tibio-tarsienne me paraît être abordable même aux médecins les moins exercés. La moitié de la peau du talon que l'on sacrifie est assez compensée par les quelques centimètres de tissu que l'on laisse de plus du côté externe pour que les parties molles soient suffisantes et même paraissent exubérantes. Enfin, l'incision se trouve placée à la partie la plus déclive, surtout si l'on tient compte de la tendance qu'a le malade à faire reposer le membre opéré sur le plan externe.

Ce sont là des avantages incontestables et qui m'avaient paru suffisants pour justifier l'application de cette modification sur le vivant.

Mais une objection m'était faite, et j'avoue qu'elle se présentait avec une certaine apparence de gravité : c'était le danger de voir le malade marcher sur la portion externe de la cicatrice. C'est probablement cette crainte qui a inspiré les chirurgiens qui, au risque de rendre la dissection plus laborieuse, avaient élevé l'incision. Heureusement que les faits ne l'ont pas justifiée.

Quoique mon premier opéré soit mort, j'ai vu dès les premiers jours, probablement sous l'influence des péronniers latéraux, les parties molles remonter en dehors jusqu'au niveau de la section osseuse, et dans la suite cette tendance n'a fait que s'accentuer. Il en est de même chez le second opéré, dont je représente le moignon. Comme on peut le voir, la ligne de cicatrisation est bien plus élevée en dehors qu'en dedans, de telle sorte que, s'il y avait à craindre de voir le malade marcher sur sa cicatrice, ce serait le côté interne qui y serait le plus exposé.

Quant au résultat, au point de vue de la guérison, on ne saurait arguer d'après la première opération. Le malade qui l'a subie, d'une indocilité exceptionnelle d'abord et pris d'accidents alcooliques ensuite, s'est dépansé plusieurs fois dès les premiers jours, et sa mort me paraît devoir être mise sur le compte de ses imprudences réitérées (1). Pour le second, au contraire, la marche de la cicatrisation a été si rapide et si exempte de toute complication, que, même en tenant compte de l'influence du climat, je crois qu'il faut attribuer au moins en partie cet heureux résultat à la déclivité de l'incision rendant impossible toute stagnation de pus.

Telle est la modification que j'ai adoptée. Quoique ne comptant encore qu'un succès, il m'a paru utile de la faire connaître, d'abord parce que la pratique a prouvé que fatalement la cicatrice ne restera pas à la partie inférieure du moignon; ensuite, parce que d'une manière indiscutable elle rend l'opération plus facile sans lui faire perdre aucun de ses avantages ; enfin, parce que conforme au principe de la déclivité des incisions, elle m'a paru diminuer sérieusement la gravité de cette désarticulation.

Voici d'ailleurs une de ces observations :

Observation.— Dans le mois de février 1877 entrait à l'hôpital de Saint-Laurent-du-Maroni (Guyane française) un coolie atteint d'arthrite multiple du tarse droit. Le malade était en plus anémié

---

(1) C'est ce qui me paraît, du moins, résulter de l'observation qu'à publiée le docteur Queste.

et d'une constitution excessivement faible. L'affection qui l'amenait à l'hôpital était du reste ancienne de traitement et avait nécessité plusieurs séjours dans les infirmeries.

Malgré l'état avancé de ces lésions, pendant les premiers temps de son séjour à l'hôpital, sous l'influence d'un traitement tonique et des injections iodées, l'état du malade s'améliora. Mais le mieux qui à cette époque avait permis d'espérer la guérison fit place, vers la fin du mois d'avril, à une telle aggravation des phénomènes locaux, que je crus devoir proposer au malade le sacrifice de son pied.

Après quelques hésitations bien moins grandes chez lui que chez ceux de sa race, il consentit à l'opération, qui fut faite le 26 avril.

Le malade, dans le décubitus dorsal, fut attiré au bas de son lit, de manière à dégager les jambes. Le membre inférieur droit fut tenu relevé pendant dix minutes environ, puis l'ischémie fut pratiquée comme il a été dit précédemment (1), et le malade fut chloroformé sans aucune difficulté.

Les parties molles furent divisées et disséquées suivant la modification que j'ai adoptée, les malléoles réséquées au niveau du plateau tibial, et quatre ligatures placées. Le pansement consista en quelques points de suture entortillée et en bandelettes de diachylon formant un bandage occlusif séparé par un linge cératé d'une épaisse couche de coton et de charpie saupoudrée de charbon.

La température, prise deux fois par jour, ne dépassa jamais 38°,5 le soir ; le malade fut alimenté graduellement, et je pus ne toucher à ce premier pansement que dix jours après l'opération.

Je trouvai les lambeaux adhérents dans une grande étendue et toutes les parties non réunies recouvertes de bourgeons charnus du meilleur aspect. Je pus enlever les épingles qui n'avaient produit aucune inflammation : quelques ligatures tombèrent sans effort et je replaçai le même pansement qui resta de nouveau en place durant huit jours environ.

La levée de ce second appareil me permit de juger du résultat. La cicatrice s'était fortement élevée en dehors et les craintes de voir le malade marcher sur elle disparurent.

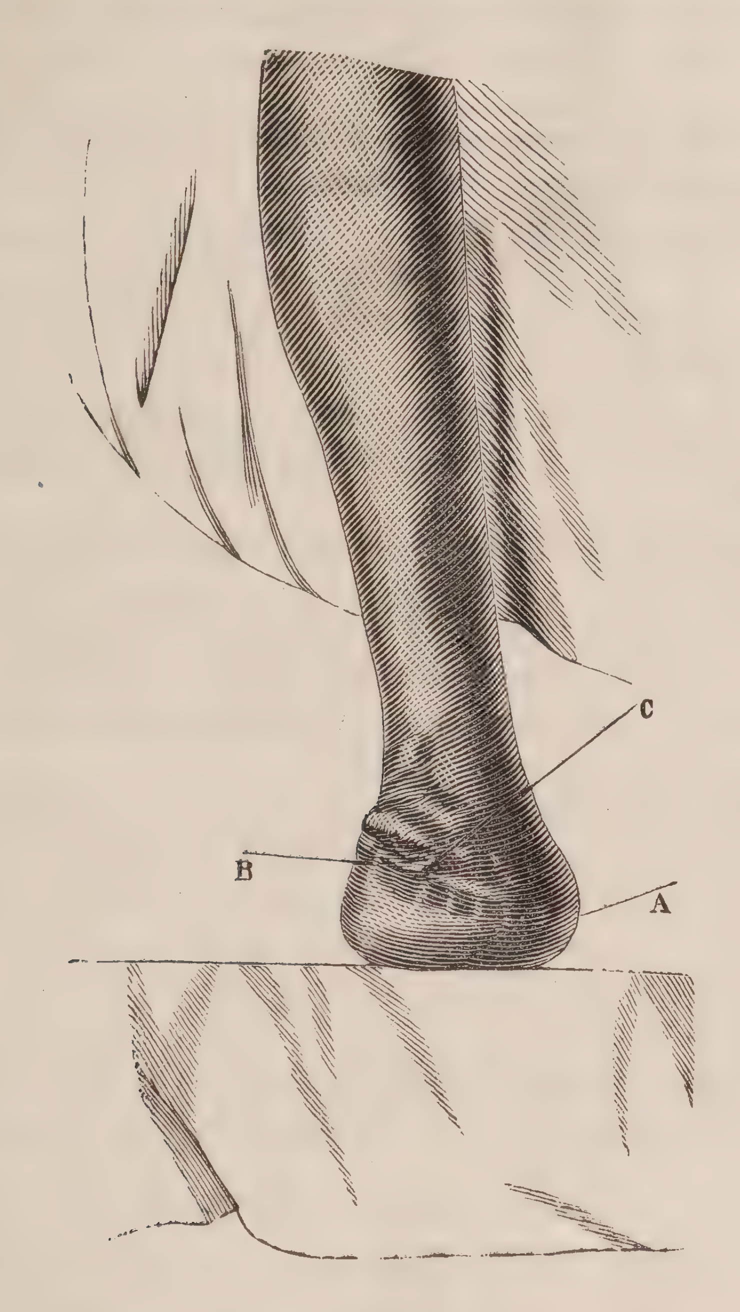
Un petit abcès s'était formé dans un des plis de la peau : il fut ouvert, vidé, et le même pansement appliqué.

Le 24 mai, époque à laquelle je fis de nouveau le pansement, il ne restait plus qu'un point de suppuration, et M. Lalande, pharmacien de deuxième classe de la marine, put photographier le moignon tel qu'il est reproduit ici.

Comme on peut le voir, la cicatrice est linéaire dans toute son étendue et beaucoup plus remontée en dehors B qu'en dedans A. Mais, même sur ce point, elle est assez haute pour qu'elle ne

(1) Procédé d'Esmarch modifié : voir les *Archives de médecine navale*, 2e volume, 1877.

porte nullement sur le sol pendant la marche. De plus, grâce aux parties molles qui forment bourrelet au-dessus et au-dessous d'elle, elle est à l'abri de toute pression et de toute violence extérieure.



La cicatrice s'arrête avant le point A, la partie interne étant occupée par le pédicule du lambeau ; la place blanche C est le point encore en voie de cicatrisation.

A partir de ce moment le malade a pu se lever avec des béquilles et huit jours après il était complètement guéri et appuyait sans douleur sur son membre.

De la valeur comparative du pansement de Lister et du pansement par l'alcool (1) ;

Par le professeur Maurice Perrin, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.

Une autre portion des mêmes liquides est examinée au douzième jour avec les résultats suivants :

Examen au douzième jour. — 1° La décoction d'orge laissée à l'air libre est trouble et remplie de bactéries mortes;

2° La décoction ensemencée avec l'air de la salle ne contient aucun organisme ;

3° Par un singulier hasard, la décoction ensemencée et phéniquée contient une grande quantité de monades vivantes. Pas de bactéries ;

4° Le sang conservé dans une atmosphère phéniquée forme un coagulum assez considérable ; il a une odeur fétide ; il ne renferme ni bactérie, ni autre organisme, mais seulement une grande quantité de corps moléculaires animés de mouvements ;

5° L'urine ensemencée dans un ballon avec l'air de la salle est claire, non fétide, sans organisme ;

6° L'urine ensemencée dans un ballon et phéniquée est trouble, sans odeur ; elle forme un dépôt blanchâtre au fond et renferme un certain nombre de monades accolées entre elles ;

7° L'urine ensemencée sous cloche est fétide, ammoniacale ; elle forme un dépôt ; elle ne renferme pas de bactéries, mais beaucoup de monades ;

8° L'urine ensemencée et phéniquée est fétide, ammoniacale ; elle forme un dépôt ; elle ne renferme pas de bactéries, mais des monades.

Pour plus de garantie, les mêmes expériences, faites une fois au mois de janvier dernier, ont été recommencées le 23 novembre, en prenant le soin, ce qui n'avait pas été fait précédemment, de conserver les liquides dans une pièce ayant nuit et jour la température des salles de malades.

Les substances mises en expérience furent la décoction d'orge fraîche et privée d'organismes ; le sang d'un lapin saigné pendant les pulvérisations et au moment de l'expérience, enfin de l'urine

(1) Suite, voir le numéro précédent.

fraîche, limpide, acide et exempte d'organismes. Ces substances furent préservées de la contamination par l'air avant l'expérience comme précédemment.

Une partie de la décoction d'orge et de l'urine fut introduite dans quatre ballons d'une contenance de 1 litre environ, que l'on priva d'air par l'ébullition et que l'on scella à la lampe.

Deux de ces ballons ont été ouverts dans une salle de blessés, près du lit d'un malade. Les deux autres ont été ouverts dans la même atmosphère soumise pendant plusieurs minutes aux pulvérisations phéniquées.

Une autre partie des mêmes liquides ainsi que le sang, conservée, après avoir été examinés au microscope et reconnus privés d'organismes, ont été versés dans des cristallisoirs en verre recouverts soigneusement d'une glace jusqu'au moment où ils furent placés sous des cloches rodées, hermétiquement closes et contenant, les unes, l'air d'une salle de chirurgie, et les autres, le même air soumis aux pulvérisations phéniquées.

Les liquides en expérience ont été conservés, du samedi matin, 23 novembre, au jeudi matin, 28, dans une pièce dont la température a été maintenue jour et nuit entre 14 et 12 degrés.

Voici quel fut le résultat de l'examen fait au cinquième jour :

1° La décoction d'orge laissée à l'air libre, dans un vase de verre, est louche; elle renferme une grande quantité de bactéries et de monades sans mouvement ;

2° La décoction d'orge mise sous la cloche contenant de l'air de la salle est restée limpide; elle renferme une grande quantité de bactéries vivantes ;

3° La décoction d'orge mise sous la cloche contenant le même air chargé d'acide phénique est limpide; elle renferme une grande quantité de bactéries vivantes et de monades qui se meuvent avec rapidité ;

4° Le sang mis sous la cloche contenant l'air de la salle forme un petit caillot qui nage dans un sérum abondant; il n'a pas d'odeur appréciable; il est alcalin, il contient une grande quantité de bactéries beaucoup plus petites que les précédentes, et dont la plupart sont mortes;

5° Le sang mis sous la cloche contenant le même air chargé d'acide phénique a une odeur de putréfaction très prononcée : il est alcalin, il ne contient pas de bactéries, mais bien une grande quantité de monades et de vibrions vivants ;

6° L'urine mise sous la cloche contenant l'air de la salle est restée claire et sans dépôt ; elle est légèrement acide, elle contient une grande quantité de bactéries plus grandes que celles du sang et vivantes pour la plupart ;

7° L'urine mise sous la cloche contenant de l'air phéniqué est trouble, un peu fétide, légèrement acide ; elle contient une grande quantité de bactéries, les unes vivantes, les autres mortes, et de nombreuses monades toutes vivantes.

La décoction d'orge et l'urine conservées dans des ballons contenant les uns de l'air de la salle, les autres de l'air phéniqué, furent examinées à leur tour. Ils ne contenaient d'organismes ni les uns, ni les autres : ceci montre que, dans le mode d'expérience que nous avons employé, l'usage de ballons de petites dimensions était défectueux. Leur capacité était trop petite pour assurer l'ensemencement.

Les expériences précédentes indiquent que les pulvérisations d'acide phénique n'exercent aucune influence sur l'évolution des germes atmosphériques au sein des liquides de culture et sur les phénomènes de putréfaction qui en sont la conséquence.

Il s'est même présenté ceci de particulier : c'est que le sang et l'urine conservés au contact de l'air dit *aseptique* étaient plus altérés que dans l'air septique : œuvre du hasard à coup sûr, montrant seulement la façon irrégulière, intermittente dont s'opère l'ensemencement atmosphérique, mais autorisant à répéter que les pulvérisations d'une solution forte d'acide phénique ne modifient pas l'état de l'air vicié.

Je ne veux pas passer outre sans faire remarquer que des quantités d'air égales, mises au même moment dans le même milieu, contiennent des germes d'espèces différentes : c'est ainsi que le sang mis sous la cloche contenant de l'air d'une salle de chirurgie renfermait une grande quantité de bactéries de petites dimensions sans autres organismes, tandis que le sang du même animal, mis sous une cloche remplie d'air de la même salle et soumis aux pulvérisations phéniquées, ne contient pas de bactéries ni mortes ni vivantes, mais une grande quantité de monades et de vibrions vivants.

S'il en est ainsi, les pulvérisations phéniquées de Lister ne rendent certainement pas l'atmosphère aseptique, et par conséquent, sur ce point fondamental, sa méthode antiseptique manque de base. C'est en vain que l'on ferait valoir à mes yeux

les fort beaux résultats statistiques obtenus par lui ainsi que par MM. Volkmann, Saxtorph, etc. Je répondrais qu'ils sont dus à une bonne réunion immédiate complétée par l'usage du drain, comme beaucoup de chirurgiens la pratiquent, ainsi qu'à des pansements surveillés et bien faits, tandis que tout le luxe de précautions qu'elle comporte, qui la complique au point de nécessiter une véritable initiation, n'a qu'une valeur fort contestable.

Toute méthode antiseptique qui a pour but la destruction des germes me met en défiance : j'accorde, au contraire, toute ma confiance à celle qui, sentant son impuissance de ce côté, se borne à agir sur le terrain, pour le rendre stérile. Parmi les agents employés dans ce but, il n'en est point qui me paraisse valoir l'alcool : il rend imputrescibles les liquides albumineux ; il possède un pouvoir coagulant considérable ; il représente un excellent hémostatique contre les hémorrhagies des vaisseaux de petit calibre ; enfin, il mouille rapidement le coton et il pénètre dans la trame des tissus sans exercer sur eux l'action irritante de l'acide phénique : action assez nocive pour que Lister lui-même ait jugé indispensable d'en préserver la plaie par une pièce de pansement qu'il appelle le *protective*. Je ne crois pas plus au rôle attribué au protective qu'à celui des pulvérisations d'acide phénique ; mais enfin, son emploi témoigne tout au moins des préoccupations sérieuses dans l'esprit du chirurgien qui les a le plus recommandées, au sujet des propriétés irritantes des solutions phéniquées. S'il en est ainsi, l'alcool ne mérite-t-il pas la préférence et ne doit-il pas être accepté comme le plus simple et le plus pratique des liquides antiseptiques ?

L'un des avantages attribués au pansement de Lister, c'est de donner des plaies exemptes de complications, d'inflammation, d'érysipèle, de fièvre traumatique ; c'est de réduire au minimum, pour ne pas dire faire disparaître, la suppuration ; c'est enfin de supprimer ou de rendre très rares la septicémie, l'infection purulente et, à plus forte raison, la pourriture d'hôpital.

Je n'ai pas d'expérience personnelle à ce sujet, parce que depuis longtemps je n'emploie que l'alcool. Mais si je consulte l'opinion de mes collègues, je suis fondé à croire que ces avantages ont été exagérés.

C'est ce qu'a fait très judicieusement observer M. Léon Le Fort dans son discours à l'Académie. « L'irritation causée à la surface de la peau, dit-il, par le pus qui s'écoule d'une plaie soumise à

la pulvérisation d'une forte solution d'acide phénique, du pus qui a été en contact avec la gaze phéniquée, amène fréquemment de l'érythème, et j'ai dû renoncer plusieurs fois au pansement de Lister, dans la crainte de voir cet érythème se convertir en un érysipèle.

« De l'aveu de ceux qui sont partisans du pansement de Lister, de MM. le professeur Langenbeck, Holmes (de Londres), la fréquence des érysipèles est un des inconvénients de ce pansement. Volkmann lui-même, Volkmann, un des fanatiques du pansement de Lister, déclare que le pansement ne peut bannir des salles l'érysipèle, et cet apôtre de l'acide phénique lui substitue aujourd'hui le thymol. » (*Bull. Acad. de méd.*, 2e série, t. VII, p. 161.)

On peut affirmer sans réserve que, sous ce rapport, l'alcool est supérieur à l'acide phénique. Depuis l'époque à laquelle MM. Chedevergue et Gaugélac ont fait connaître les beaux résultats obtenus dans le service de Nélaton par le pansement avec l'alcool, je n'ai pas cessé d'en faire usage pour le pansement des opérés ainsi que des autres blessés : il en a été ainsi avant la guerre, pendant la guerre, après la guerre. Je n'ai pas encore rencontré un seul exemple d'érysipèle, je n'ai pas vu davantage ces érythèmes signalés sous l'action du pansement phéniqué. On a reproché à l'alcool de ralentir le travail de cicatrisation, de nuire au développement régulier des bourgeons charnus : cela est vrai, s'il s'agit de l'alcool concentré ; mais l'alcool additionné de son volume d'eau, tel que je l'emploie, n'a pas ces inconvénients : il est peu douloureux en général, et sous son action les plaies bourgeonnantes restent propres et se portent à merveille.

Je ne crois pas m'avancer trop en disant que ceux de mes collègues qui en ont fait usage confirmeront cette opinion.

Mais les résultats définitifs fournis par l'une et par l'autre méthode, qu'ont-ils appris ? Malheureusement elles ont été jusqu'à ce jour trop inégalement expérimentées pour qu'il soit possible de se prononcer.

C'est en 1867 que Lister, alors à Glascow, publia ses premiers résultats : ils sont consignés dans le travail remarquable et convaincu de notre collègue M. Lucas Championnière ; ils comprennent 40 amputations, qui ont donné 6 morts, soit 15 pour 100.

D'après les chiffres de Reyher, cités par M. Léon Le Fort, les

amputations de cuisse, de 1870 à 1874, auraient donné 26 à 27 pour 100 de mortalité.

La statistique de M. Saxtorph (de Copenhague), qui porte sur 102 grandes opérations, fait ressortir une mortalité de 27 pour 100 ; proportion considérable qui peut être justifiée par la gravité exceptionnelle des opérations qui y figurent, et dont la plupart sont des résections de grandes articulations.

La statistique la plus considérable est celle de M. Volkmann (de Halle), qui a été en Allemagne le plus ardent adepte de la méthode de Lister. Jusqu'en 1874, sur 40 amputés, 6 avaient succombé; mais il paraît que 4 d'entre eux étaient atteints de septicémie avant d'entrer à l'hôpital; 24 résections avaient abouti 7 fois à la mort; mais ces 7 insuccès ont leur justification : 3 blessés avaient déjà la septicémie au moment de l'opération, et 4 étaient tuberculeux.

Depuis lors une statistique considérable, dont les éléments ont été fournis par Volkmann et de Kraske (de Halle), résume les résultats obtenus par ces deux chirurgiens, de mars 1874 à mars 1877. Elle comprend d'abord une première série de 139 amputations diverses qui ont occasionné 4 fois la mort ; puis une deuxième dans laquelle il est question d'amputations multiples chez le même sujet, ou de complications d'autre nature qui donnent aux faits une signification trop exceptionnelle pour que l'on puisse les faire figurer dans une statistique.

Dans une troisième figurent les blessés qui auraient eu des signes de septicémie au moment de l'opération, ou qui auraient succombé à une affection intercurrente. En quoi consistaient ces signes de septicémie ? Il est probable que cette redoutable complication n'était pas confirmée, car alors elle aurait contre-indiqué l'opération. Dès lors, pour ne pas s'écarter trop des principes d'une statistique intégrale, il faut bien les ajouter à la série heureuse : il s'agit de 15 amputations qui ont donné 8 morts, ce qui donne un total de 12 insuccès pour 154 amputations, soit 7,7 pour 100.

Les résections ont fourni les excellents résultats suivants :

Résections articulaires simples :

7	résections d'épaule..............	Pas de mort.
8	— du coude..............	—
7	— du poignet............	—

48	résections	de la hanche..........	4 morts.
21	—	du genou.............	1 —
5	—	du cou-de-pied.......	Pas de mort.

Au total, 91 résections des grandes articulations ont produit 5 morts ! Mais il faut ajouter que 4 résections pratiquées chez des malades atteints d'accidents non précisés de pyohémie, ont fourni 4 morts. En réunissant les deux séries, comme ci-dessus, on voit que 95 résections des grandes articulations n'ont échoué que 9 fois, soit une proportion de 9,47 pour 100. 10 résections dans la continuité ont toutes guéri. 119 amputations du sein ont occasionné 6 fois la mort.

Voilà des documents importants fournis déjà par la méthode de Lister, et il en existe encore d'autres selon toute probabilité.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des accidents qui peuvent survenir chez les morphiomanes; morphinisme et traumatisme (1);

Par M. le docteur L.-Henri Petit,
sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

« Depuis cette époque, j'ai observé à l'hôpital, sur plusieurs malades, de ces abcès dont l'évolution et l'apparition surprenaient en général le médecin et les élèves du service ; mais, instruit par le souvenir du cas précédent, j'ai toujours pu arrêter leur développement ultérieur en changeant le liquide et en employant une canule bien affilée et propre.

« Je crois que dans ces différents cas l'impureté du liquide est sinon la seule, au moins la principale cause des abcès ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et dans d'autres circonstances, lorsque l'usage de la morphine a été longtemps prolongé et que les doses ont été portées à un degré élevé, il a produit une intoxication lente qui joue sûrement son rôle dans l'apparition des foyers purulents.

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

« Cependant, même pour les cas précédents, il convient de remarquer que les abcès ne sont pas des phlegmons aigus ; qu'ils ont à peine de la tendance à s'ouvrir spontanément, que certains d'entre eux subsistent presque sans modifications pendant une ou plusieurs semaines, et même que quelques-uns guérissent sans avoir nécessité d'ouverture. Cette marche a quelque chose de spécial qui s'accorde mal avec l'idée d'un phlegmon provoqué par l'action irritante d'un liquide simplement malpropre, sans caractère toxique.

« J'ai pu vérifier et examiner à nouveau la valeur de ces observations diverses chez une malade que j'ai suivie pendant plusieurs années.

Obs. III. — Il s'agit d'une jeune femme, grêle de constitution, n'ayant aucune affection diathésique, aucun antécédent spécifique, mais névropathique et ayant éprouvé et éprouvant des accidents de nature hystérique : étouffements, sensation de boule, d'étranglement, fourmillements dans les membres, avec besoin de mouvements exagérés, tendance aux névralgies : faciales, cervicales, intercostales ; douleurs ovariennes.

Il y a cinq ans, en 1874, alors que la malade avait vingt-six ans, elle employa pour la première fois les injections de morphine à doses très modérées et à intervalles convenables, pour combattre des douleurs ovariennes avec irradiation dans toutes les branches du plexus lombaire. Au bout de quelques mois elle prit l'habitude de faire ses injections elle-même. Peu à peu elle les employa pour remédier aux plus légères douleurs ; il ne se passa bientôt plus de jours sans injections ; parfois celles-ci atteignaient le nombre de vingt ou vingt-cinq ; j'ai calculé qu'à de certains jours au moins 30 centigrammes de sel de morphine avaient été injectés ; la malade était devenue d'une extrême adresse pour ces petites opérations ; portant partout, dans une boîte spéciale, sa seringue toute chargée, à table, au milieu d'une nombreuse assistance, dans une loge de théâtre, elle trouvait le moyen de faire son injection devenue indispensable. Je n'insiste pas sur ces pratiques, qui ont été décrites et qui sont connues.

Depuis longtemps j'avertissais ma malade qu'elle éprouverait des accidents, locaux ou généraux, ou des deux espèces ensemble. Déjà la constipation à laquelle elle était prédisposée était devenue plus opiniâtre, l'alimentation plus difficile, et le visage prenait une certaine pâleur qui n'avait pas existé jusque-là. Il n'y avait pas d'amaigrissement et la menstruation était régulière.

Dans l'automne de 1877, je fus mandé auprès de cette malade pour des rougeurs douloureuses qui s'étaient manifestées au-dessus de la région trochantérienne de chaque côté. La peau de ces deux régions présentait un aspect singulier qui tranchait

avec le reste du tégument. Elle était brunâtre, couverte de toutes petites croûtes, vestiges des piqûres multipliées, ayant de l'analogie avec les surfaces atteintes de prurigo, épaissie, et ayant perdu sa souplesse et sa mobilité. Deux des tumeurs étaient des abcès gros comme une noisette, et furent ouvertes. La troisième, simple phlegmon, guérit avec des cataplasmes.

Je pensais que ce serait un avertissement salutaire, mais un simple avertissement. Il n'en fut rien. Au bout d'un mois, de nouveaux abcès se montrèrent, les uns petits, les autres atteignant et dépassant même le volume d'une noix ; plusieurs d'entre eux devinrent confluents et leur ouverture détermina des trajets fistuleux qui heureusement guérirent plus tard.

Des abcès ganglionnaires se produisirent dans le pli de l'aine, en dehors de toute irritation locale, c'est-à-dire dans des points où jamais on n'avait fait d'injections; j'ajouterai de suite que dans le courant de l'été de 1878 je dus ouvrir un assez volumineux abcès de la fosse ischio-rectale qui s'était développé dans les mêmes conditions, et qu'il s'en produisit un autre, à peu près à la même époque, derrière le moignon de l'épaule, c'est-à-dire dans des régions respectées par les piqûres.

J'eus ainsi à ouvrir dans l'hiver 1877-1878, sur la paroi abdominale, au bas des reins, et sur les régions trochantériennes, plus de trente de ces abcès. Certaines incisions avaient 3 et 4 centimètres de longueur. Ces abcès siégeaient tous dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané. Un petit nombre d'entre eux, trois ou quatre, contenaient des gaz et le pus avait une mauvaise odeur et une couleur gris verdâtre. Il est probable qu'un peu d'air avait été introduit au moment de l'injection.

Ici encore j'ai observé pour certains abcès cette marche subaiguë précédemment signalée : une induration un peu douloureuse, qui diminuait, réaugmentait, et arrivait à la suppuration au bout de quinze jours ou trois semaines.

Cette grave maladie s'améliora définitivement au printemps de 1878 ; le séjour à la campagne remonta un peu les diverses fonctions réparatrices, qui étaient grandement affaiblies ; cependant il fallut encore ouvrir six abcès dans le courant de l'été.

D'autre part, bien que le nombre et la fréquence des injections eussent été considérablement diminués, qu'il se passât plusieurs jours sans en faire usage, le visage avait pris un aspect de maigreur et de pâleur terreuse remarquable; les règles devenaient irrégulières : en six mois, elles n'avaient paru que trois fois, et aujourd'hui encore elles viennent en retard de huit à dix jours, quoiqu'on ait employé les moyens médicamenteux et diététiques propres à en rétablir le cours.

« Il me semble incontestable que chez cette malade il s'est produit des phénomènes de deux ordres : d'abord, des abcès déterminés par l'irritation locale, etc.; ensuite, une véritable

intoxication morphinique caractérisée par la dysménorrhée, l'inappétence, la maigreur du visage ne coïncidant pas avec la maigreur du corps, la persistance, la multiplicité des abcès et leur apparition dans des points vierges de toute piqûre.

« D'autres phénomènes pourraient être signalés chez cette malade ; mais, appartenant à l'ordre psychique, ils ne rentrent pas dans l'objet de ce travail, et ne présentent pas, d'ailleurs, de suffisants caractères de précision pour être rappelés.

« Les abcès une fois ouverts se cicatrisaient normalement. Ils ont laissé des cicatrices ayant les mêmes caractères que celles des abcès ordinaires. »

Outre l'influence des causes locales généralement invoquées pour expliquer la formation d'abcès à la suite des injections sous-cutanées, nous voyons que M. Trélat admet l'influence d'un état général morbide, déterminé par l'abus des injections de morphine, d'une véritable intoxication morphinique.

Déjà, comme nous l'avons vu plus haut, M. Desnos avait remarqué que les piqûres s'enflammaient lorsque des excès inaccoutumés de morphine amenaient des phénomènes de cachexie ; M. Siredey avait parlé d'une sorte de cachexie nerveuse qui s'était manifestée au moment de l'apparition des abcès consécutifs aux piqûres ; mais M. Trélat insiste plus particulièrement sur ce point.

Mon maître M. Verneuil, à qui j'avais fait part de mes recherches à ce sujet, m'écrivit la lettre suivante, à laquelle la haute compétence de son auteur sur les questions de ce genre donne le plus grand intérêt :

« Mon cher ami,

« Vous avez grandement raison de vous occuper du morphinisme et de l'influence qu'il peut exercer sur la marche et la terminaison des blessures.

« En effet, à côté des états constitutionnels qu'on pourrait dire *spontanés*, comme la scrofule et l'arthritisme, se trouvent les intoxications, beaucoup plus nombreuses, et dont la liste malheureusement n'est pas près d'être close. Nous connaissons passablement ce que deviennent, lorsqu'ils sont blessés, les syphilitiques, les paludiques, les alcooliques, mais pour les autres nous ignorons à peu près tout. Comment croire, cependant, que les empoisonnements lents, mais incontestables, causés par le tabac,

le hachisch, l'opium, respectent assez nos éléments anatomiques et nos humeurs pour permettre l'accomplissement régulier et normal du travail réparateur!

« J'ai songé il y a quelques années (c'était en 1873) à cette question du morphinisme à une époque où l'abus des injections hypodermiques n'existait pas comme aujourd'hui. Je venais de constater dans ma pratique privée un revers des plus inattendus et des plus pénibles. J'en cherchai l'interprétation et songeai à incriminer la morphine. J'interrogeai tous ceux qui me paraissaient avoir quelque compétence : nos chirurgiens de l'armée de terre qui avaient fait la campagne de Chine, nos chirurgiens de marine ayant pu observer les mangeurs d'opium; personne ne put me renseigner.

« J'attendis donc de nouveaux faits, ne voulant pas publier mon observation prématurément, dans la crainte d'ailleurs d'être accusé de voir partout des états constitutionnels et de mettre sur leur compte les revers de ma pratique.

« Aujourd'hui que d'autres parlent, je romps le silence et je vous offre mon tribut à cette question. Déjà les praticiens savent que la chloroformisation est périlleuse chez les sujets atteints de morphinisme ; ils se rappelleront de plus que les actes chirurgicaux eux-mêmes peuvent évoluer anormalement, et jusqu'à la mort incluse.

« Voici le résumé des notes que j'ai prises il y a cinq ans :

Obs. IV. — *Névralgie du nerf radial. — Ingestion longtemps continuée de fortes doses de morphine.— Névrotomie.— Phlegmon bronzé consécutif. — Mort au cinquième jour.*

M. G..., homme politique, âgé de quarante-cinq ans, était atteint depuis plusieurs années d'une névralgie du nerf radial du côté gauche. Les douleurs avaient acquis peu à peu une extrême intensité et avaient résisté à tous les agents mis en usage. Rien cependant d'utile n'avait été oublié, et il me suffit, pour le prouver, de dire que M. G... était le client et l'ami de M. Brown-Séquard.

Ce dernier, devant l'impuissance absolue de la thérapeutique, songea à la névrotomie et me pria de vouloir bien la pratiquer.

Voici quel était l'état de choses : M. G... était de taille moyenne, bien constitué, issu d'une famille dont tous les membres étaient robustes et bien portants. La névralgie avait débuté sans cause connue; elle occupait à l'avant-bras et à la main seulement les rameaux du nerf radial. Les muscles animés par le nerf n'étaient point contractés d'une manière permanente, mais en quelque

sorte tétanisés au moment des crises. Les téguments du dos de la main étaient hyperesthésiés à ce point, que les contacts les plus légers étaient fort pénibles ; l'exploration du nerf au bras, au contraire, n'amenait pas de douleurs notables.

Occupé d'affaires nombreuses et importantes, et d'ailleurs travailleur intrépide, M. G... avait trouvé dans la morphine un agent de soulagement momentané. Il en usait donc et en abusait. Au moment où il se soumettait à mes soins, il n'ingérait pas moins de 12 à 15 centigrammes de chlorhydrate de morphine dans les vingt-quatre heures. Les grandes fonctions ne paraissaient pas trop dérangées par ces doses. L'appétit était faible, mais les aliments, pris sans dégoût, étaient assez bien digérés. La respiration, la circulation, étaient à peu près à l'état normal ; la vue, l'ouïe, le toucher intacts. Il n'y avait pas d'amaigrissement. Je fus seulement frappé par les apparences d'une vieillesse précoce : M. G... paraissait avoir dix ans de plus que son âge, et la peau, celle du visage surtout, était d'une extrême pâleur. Toutefois, comme nous ne trouvions pas de contre-indication à une opération qui nous semblait inévitable et que le malade désirait vivement, nous y procédâmes, après les préparations d'usage.

La névralgie étant limitée à l'avant-bras et à la main, il nous parut suffisant de réséquer le nerf à la partie inférieure du bras au moment où il se dégage de la gouttière de torsion pour s'approcher de la face externe du membre.

En conséquence, je fis le long du bord antérieur du long supinateur une incision de 6 centimètres à la faveur de laquelle je pus bientôt, en pénétrant dans l'espace intermusculaire, découvrir, isoler, charger sur une aiguille de Deschamps, et enfin réséquer le cordon nerveux dans l'étendue de 3 centimètres.

Tout cela avait été fait rapidement; par malheur, un petit incident prolongea l'opération. Malgré le soin que j'avais eu d'isoler le nerf, en le séparant de la terminaison de l'humérale profonde, une petite artériolle qui lui restait encore accolée fut divisée et donna un mince jet de sang au niveau du bout nerveux central. J'eus quelque peine à saisir le vaisseau et dus étreindre avec lui dans une ligature, bien serrée du reste, le nerf lui-même. Je ne fis aucune tentative pour réunir les deux lèvres de la plaie, qui, d'ailleurs, se rapprochaient d'elles-mêmes. Le fil de la ligature fut placé dans la commissure supérieure, puis j'appliquai le pansement ouaté depuis le moignon de l'épaule jusqu'au poignet.

La chloroformisation fut bien supportée et le réveil s'effectua dans les conditions à peu près ordinaires. Mais nous constatâmes bientôt, à notre grand désappointement, que non seulement les douleur spontanées n'avaient point cessé, mais, chose plus singulière, que les régions de la peau innervées par le nerf radial avaient conservé toute leur sensibilité et l'extrême hyperesthésie constatée avant la section. Celle-ci n'avait eu pour résultat que de paralyser les muscles correspondants.

Force nous fut de continuer, comme par le passé, à administrer la morphine à hautes doses.

Les deux premiers jours se passèrent sans grands accidents : le malade n'accusait dans le bras et au lieu opéré qu'un sentiment de tension assez supportable ; il eût été difficile de distinguer dans le malaise général, et avec la persistance des douleurs primitives, ce qui revenait en propre à l'opération ; de sorte que nous laissâmes en place le pansement.

Mais le troisième jour nous constatâmes que la pression exercée à travers les couches épaisses d'ouate était douloureuse, que la main était tuméfiée, et que le gonflement apparaissait aussi au moignon de l'épaule. En même temps la fièvre était nettement allumée.

Le pansement enlevé, je reconnus malheureusement que le bras était envahi par un phlegmon diffus de la pire espèce, car il s'agissait de cette variété désignée par Velpeau sous le nom d'*érysipèle bronzé*.

Comme autre indice funeste, je vis épanché au pourtour de la plaie et s'échappant entre ses bords gonflés une quantité considérable de pus orange.

Je jugeai, dès lors, notre opéré comme inévitablement perdu, et fis part à M. Brown-Séquard de la gravité extrême d'un pronostic qui nous attérait l'un et l'autre. Je tentai, néanmoins, d'arrêter le mal. La plaie de l'opération fut agrandie; j'ouvris une collection qui se trouvait déjà formée sous la peau, à la partie supérieure et interne du bras; je couvris tout le membre d'une épaisse couche d'onguent napolitain belladoné, j'appliquai un vésicatoire sur le moignon de l'épaule : tout fut inutile. Il eût fallu désarticuler le bras, j'en fis la proposition à une réunion de proches parents : elle fut énergiquement repoussée. Je voyais moi-même si peu de chances de salut dans ce sacrifice du membre, que je n'insistai pas beaucoup.

L'adynamie se prononça de plus en plus. Un subdélirium tranquille s'empara de l'opéré, qui s'éteignit sans douleurs quarante-huit heures plus tard, un peu plus de cinq jours après la névrotomie.

L'autopsie ne fut pas permise.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

Ecoulement de l'urine par l'ombilic à travers le canal persistant de l'ouraque.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

En 1872, j'ai publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* (numéros des 15 et 30 octobre) un mémoire ayant pour titre : *Des fistules urinaires de l'ombilic dues à la persistance de l'ouraque, et du traitement qui leur est applicable*. L'idée de ce travail m'avait été suggérée par un fait dont je donnai la relation détaillée avec adjonction de deux figures. Le sujet de mon observation était un enfant de dix mois et demi, que je présentai deux fois à la Société de chirurgie : la première, dans la séance du 5 juin 1872, avant toute tentative de traitement, et la seconde, dans la séance du 10 juillet suivant, alors que, depuis plusieurs jours, la guérison était complète. Les recherches bibliographiques que je fis alors sur la matière me permirent d'ajouter plusieurs autres faits au mien. Bref, je crus pouvoir, de cette étude, dégager certaines notions utiles de pathologie, et surtout quelques données importantes au point de vue du traitement.

Ce mémoire m'a valu l'envoi gracieux d'un travail analogue que vient de publier (en septembre 1878) un médecin hollandais, le docteur Levié, de Rotterdam. Comme il s'agit d'une brochure écrite en langue du pays, et que le sujet dont elle traite présente un réel intérêt, j'ai pensé qu'une brève analyse de son contenu ne serait pas déplacée dans votre journal. Un parent du docteur Levié, M. Jean Réville, a bien voulu me traduire les passages les plus importants, surtout l'observation originale, qui fait la base du travail et que je vous adresse intégralement.

Quoique notre confrère de Rotterdam me fasse l'honneur de citer très souvent mon mémoire, auquel il emprunte même divers extraits, il n'est pas cependant toujours de mon avis. Ainsi, tandis que je déclare la persistance de l'ouraque une anomalie extrêmement rare, le docteur Levié considère cette manière de voir comme exagérée. M. le docteur Gruget, qui a traité le même sujet dans sa thèse inaugurale, est arrivé, toutefois, après des recherches anatomiques nombreuses, aux mêmes conclusions que moi (1). A cette date, je n'avais reconnu que huit à dix cas bien constatés de flux urinaire par l'ouraque resté perméable; mais M. Levié m'objecte qu'il pourrait en citer une dizaine d'autres, ce qui porte le chiffre total à une vingtaine, dont il donne l'énumération.

---

(1) *Des fistules urinaires qui se produisent par l'ouraque resté ou redevenu perméable* (thèses de Paris, 1872).

D'une autre part, l'ouraque étant originellement un conduit naturel, notre confrère de Rotterdam pense que sa perméabilité intempestive ne suffit pas à légitimer la dénomination de *fistule*, dont je me suis servi. Aussi donne-t-il à son travail le titre suivant, qui rappelle moins un état pathologique.

Voici l'observation du malade (12 novembre 1877) :

OBSERVATION. — *Sur un cas d'écoulement d'urine par l'ombilic à travers l'ouraque, chez un homme âgé de soixante-dix-neuf ans,* né à la Haye, non vacciné, ayant eu la petite vérole, ayant été militaire de sa quatorzième à sa vingt-deuxième année, tailleur de vingt-deux à vingt-sept ans, puis pendant vingt-six ans commis dans les bureaux de l'Etat, en Zélande, pensionné depuis lors, qui habite actuellement, avec sa femme, chez sa fille, à Rotterdam.

En dehors d'un catarrhe de la vessie, revenant assez fréquemment, à la suite de refroidissements, il n'a pas souvenir d'avoir été malade. Depuis quatre ans, il urine de plus en plus difficilement, mais toujours sans douleur. A mesure que la dysurie augmenta, le besoin d'uriner devint plus fréquent, en sorte que le patient prit le parti de fixer le pénis, pendant la nuit, dans une bouteille. L'usage de l'huile de Harlem le débarrassa temporairement de cette infirmité.

... Depuis le 22 octobre 1877, comme la dysurie était revenue plus forte qu'auparavant, l'urine commença à s'écouler par le nombril.

Actuellement (3 décembre), l'urine s'écoule en plus grande quantité par l'ombilic que par l'urèthre; à un degré moindre, cependant, lorsque le malade est debout ou assis que pendant la nuit, lorsqu'il est couché..... Il répand une odeur ammoniacale insupportable ; du reste, il se porte bien ; il mange, boit et dort convenablement.

On ne constate rien d'extraordinaire ni au pénis, ni au bas-ventre. Le nombril, dont les bords sont un peu rouges, se présente sous la forme d'un petit entonnoir. J'introduisis prudemment à travers son ouverture, dans la direction de la vessie, et en suivant la ligne blanche, une sonde à tête ronde (la tête ayant environ 2 millimètres de diamètre) jusqu'à ce que l'instrument fût arrêté par un obstacle, à 8 centimètres de profondeur. Dans un examen ultérieur, je pus pénétrer jusqu'à 14 centimètres, et je sentis distinctement la sonde au-dessus de la symphyse pubienne. L'introduction et la sortie de la sonde ne produisaient pas la moindre douleur, et n'avaient d'autre résultat que d'arrêter, pour plusieurs heures, l'écoulement de l'urine par le nombril.

En faisant uriner le patient sous mes yeux, je constatai que l'écoulement par l'ombilic devenait plus abondant au bout de quelques minutes, dès que l'urine parvenait à sortir goutte à goutte par l'urèthre. Ainsi, pendant l'action des muscles expulseurs de l'urine, je constatai en même temps un écoulement sac-

cadé par le nombril. Il me sembla même que, de la vessie à l'ombilic, le long de la ligne blanche, il existait comme de petites contractions sous-cutanées.

L'analyse de l'urine fut faite par M. Haaxman; en voici le résultat :

Urine du nombril : couleur jaune clair, un peu trouble ; densité, 1,0195 ; réaction neutre.

Urine de l'urèthre : couleur jaune clair, un peu plus trouble que la précédente ; densité, 1,020 ; réaction neutre.

Les caractères suivants étaient identiques pour les deux urines : 1° l'évaporation naturelle de quelques gouttes permettait de reconnaître beaucoup de cristaux de chlorure de sodium et les urates ordinaires ; 2° les urines filtrées donnaient une réaction très manifeste d'albumine avec formation de flocons ; 3° pas de glycose ; 4° réaction faible avec l'oxalate d'ammoniaque et l'ammoniaque sur des phosphates terreux. Après douze heures, il s'était formé dans les urines une couche visqueuse avec filaments, dans laquelle on distinguait, sous le microscope, de nombreux cristaux de phosphate de chaux en plus grand nombre et de plus grandes dimensions dans l'urine uréthrale.

Impossibilité de tarir l'écoulement ombilical ou d'en faire disparaître la cause chez un homme de cet âge. Il se refuse à porter une sonde à demeure. Le docteur Levié fait alors fabriquer un bandage, muni d'une cuvette en cuivre qui contient une éponge, et destinée à s'appliquer sur le nombril.

Le 14 janvier 1878, l'usage de l'huile de Harlem, susmentionnée, fait disparaître à nouveau, pendant plusieurs jours, l'écoulement ombilical. Mais, le 29 du même mois, le malade succombe.

A l'autopsie, faite par M. Klinkert, on trouva les lésions suivantes :

1° Prostate très hypertrophiée, qui aplatissait le canal de l'urèthre ;

2° Les deux uretères, très dilatés, avec une surface interne brune, et l'épithélium détruit ;

3° Dans les deux reins, calices et bassinets complètement remplis d'urine ; çà et là, une gouttelette de pus ; substance médullaire en partie ramollie ; cependant l'organe, dans son ensemble, peu atrophié ;

4° Vessie non agrandie, à surface interne blanche, tout à fait normale, sans trace d'inflammation ;

5° L'ouraque, de l'excavation du nombril à la vessie, présente une forme tubuleuse et n'est oblitéré en aucun point. Sa surface interne, surtout dans la portion inférieure qui confine à la vessie, est de couleur foncée, noirâtre ; le tissu sous-muqueux est tuméfié, et l'épithélium en partie détruit. Vue de l'intérieur de la vessie, l'embouchure de l'ouraque présente une lumière de 1 millimètre à 1 millimètre et demi ; elle est circonscrite par un bord quelque peu renflé et saillant.

En terminant, permettez-moi, mon cher collègue, de reproduire ici la mention des différents cas de persistance de l'ouraque que signale le docteur Levié; un certain nombre sont cités d'après mon mémoire, les autres sont empruntés à divers travaux que notre confrère indique avec soin.

I.	Barthélemy Cabrol....	1550	XII.	Savory.............	1852
II.	J.-L. Petit...........	17..	XIII.	Th. Paget.........	1861
III.	—	id.	XIV.	Bryant.............	1862
IV.	Dupuytren...........	1810	XV.	T. Smith...........	1863
V.	Roux.................	1826	XVI.	Stadfeld..........	1871
VI.	Holscher.............	1841	XVII.		
VII.	Zohrer...............	1842	XVIII.		
VIII.	—	id.	XIX.	Guéniot............	1872
IX.	Starr.................	1844	XX.	Fr. Cadell..........	1878
X.	Meyer................	1844	XXI.	Levié..............	1878
XI.	Th. Paget (obs. en 1844)	1850			

Le docteur Guéniot,
Chirurgien de l'hôpital des Enfants assistés,
professeur agrégé à la Faculté.

Sur le traitement de l'entorse par le massage.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

En corrigeant les épreuves de mon travail sur le massage dans l'entorse j'ai laissé échapper deux petites erreurs qui rendent incompréhensible une partie du *modus faciendi*. En effet, page 165, ligne 27, on lit : on débute par faire sur la face dorsale du pied en allant à la racine des orteils à la jambe. Il faut lire : on débute par faire sur la face dorsale du pied en allant *de la* racine des orteils à la jambe.

A la ligne 35 de la même page, il y a : ils commencent assez loin *au-dessus* de la partie douloureuse et se prolongent assez loin *au-dessous*. C'est le contraire qu'il faut lire : ils commencent assez loin *au-dessous* de la partie douloureuse et se prolongent assez loin *au-dessus*.

Cette rectification est importante, car il ne faut pas oublier que, dans l'entorse, les frictions du massage doivent toujours aller de l'extrémité du membre vers la racine.

Dr Bérenger-Feraud.

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire des altérations et falsifications des substances alimentaires, médicamenteuses et commerciales, avec l'indication des moyens de les reconnaître, par M. Chevallier, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, membre de l'Académie de médecine, du Conseil d'hygiène et de salubrité pour l'industrie nationale, etc., et E. Baudrimont, docteur ès sciences, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, directeur de la Pharmacie centrale des hôpitaux civils, etc. 5e édit., 1 vol. in-4°, 1335 pages. Paris, 1878, chez Asselin.

Les substances de consommation journalière sont un objet perpétuel de fraude. Souvent elles sont mélangées avec des matières de qualité inférieure, quelquefois complètement adultérées par la substitution d'un produit à un autre. Les médicaments eux-mêmes n'échappent pas à ces industries coupables. Ces falsifications sont quelquefois habilement dissimulées. Les reconnaître n'est pas toujours un problème facile, ni dénué d'embarras, si on n'a pas pour se diriger un guide dans lequel se trouvent résumées les méthodes qu'une longue pratique a fait connaître comme les plus aptes à conduire à un résultat assuré. C'est le but que le *Traité des altérations et falsifications* s'est efforcé d'atteindre. Beaucoup d'autres ouvrages ont déjà traité le même sujet, mais aucun n'est aussi complet, aussi net, aussi au courant des progrès de la science et des méthodes nouvelles que le livre de MM. Chevallier et Baudrimont.

La première édition de ce livre est déjà ancienne, les suivantes ont été progressivement améliorées. La cinquième, qui vient de paraître, est complètement remaniée. Si les fraudes deviennent de plus en plus savantes, les moyens de les reconnaître sont arrivés aussi à être beaucoup plus précis et plus simples. Beaucoup même sont actuellement assez pratiques pour servir dans l'usage courant. C'est dans cet ordre de recherches que le *Traité des altérations et falsifications* a rendu de véritables services. Sa lecture est d'autant plus profitable que la rédaction est claire et simple et les méthodes assez détaillées pour être facilement répétées.

L'ouvrage est écrit suivant l'ordre alphabétique et comprend un si grand nombre d'articles qu'il n'est pas possible d'en donner même une liste abrégée. En résumé, quoique ce livre s'adresse plus particulièrement aux pharmaciens, il sera nombre de fois aussi consulté avec fruit par les hygiénistes et les médecins. E. H.

De la Dyspnée nerveuse des néphrites, par le docteur Emile Ortille (de Lille).

Ce travail, fort intéressant, est divisé en deux parties :

1° La première est consacrée à l'exposé clinique de la question.

La dyspnée est un des accidents de l'urémie. Elle peut y revêtir deux formes : l'une aiguë, caractérisée par des accès qui conduisent souvent à une mort rapide ; l'autre chronique, continue avec paroxysmes. La première forme est évidemment nerveuse. La seconde a été attribuée aux

troubles cardio-pulmonaires, explication insuffisante, car l'intensité de la dyspnée n'est pas en rapport avec les lésions du cœur et du poumon ; on lui a encore donné pour origine l'état asphyxique du sang ; or, les expériences exposées dans la seconde partie de ce travail montrent que le sang n'est pas asphyxique. D'où il résulte que dans ces deux formes de dyspnée l'élément nerveux constitue la principale, sinon l'unique cause du trouble respiratoire.

Cette dyspnée nerveuse se reconnaîtra : 1° à la coïncidence fréquente des vomissements urémiques ; 2° à l'absence de signes physiques, à l'auscultation du poumon et du cœur, ou à leur bénignité ; 3° à son intensité ; 4° à l'abaissement presque constant de la température ; 5° à la présence d'albumine dans les urines.

L'indication thérapeutique sera la suivante : 1° contre les paroxysmes de dyspnée, les injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine ; 2° contre l'empoisonnement urémique ; du côté de la peau, les diaphorétiques, notamment le chlorhydrate de pilocarpine en injections sous-cutanées de 2 centigrammes et demi ; du côté du rein, les diurétiques, parmi lesquels le phosphure de zinc, dont l'auteur a obtenu de très-bons résultats.

Tels sont les principaux points de la première partie, appuyés sur de nombreuses et intéressantes observations personnelles à l'auteur ou étrangères.

2° La seconde partie est réservée à l'expérimentation.

En enlevant les reins à des chiens ou en liant leurs uretères, on les a placés dans les conditions voulues pour la production de l'urémie, et on a vu, en effet, se développer chez eux tous les symptômes caractéristiques de l'affection.

L'analyse du sang, pratiquée chez ces animaux à différents moments de l'expérience, a prouvé :

1° Que le gaz oxygène et acide carbonique y étaient en proportions normales, que par conséquent le sang n'était pas asphyxique et n'était pas la cause de la dyspnée de l'urémique ;

2° Que l'ammoniaque était constante dans l'intestin, au contraire inconstante dans le sang, ce qui doit faire admettre qu'elle n'existe que secondairement dans le sang, quand elle y existe ; que dans tous les cas elle n'est pas, ainsi que le voulait Frerichs, la source des accidents urémiques.

3° Que l'urée et les matières extractives du sang contenues en surabondance, ne pouvant expliquer les symptômes de l'urémie, c'est dans les tissus mêmes qu'il faut aller chercher cette explication. Le sang non épuré nourrit mal les tissus de l'organisme, il en résulte une dénutrition qui, dans le système nerveux, se traduit par des troubles fonctionnels spéciaux, dyspnée, coma, délire, convulsion ; en un mot, les divers symptômes de l'urémie. L'urémie ne doit plus être considérée comme un empoisonnement, mais comme une cachexie.

Tels sont les faits exposés avec beaucoup de talent par M. le docteur Ortille. Telles sont ces conclusions, qui, absolument conformes à la clinique, ne tarderont sans doute pas à être confirmées par d'autres expérimentateurs.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 3 et 10 mars 1879 ; présidence de M. DAUBRÉE.

Prix. — CHIMIE. — *Prix Jecker :* à M. Reboul.

BOTANIQUE. — *Prix Barbier :* à M. Tanret, pharmacien à Troyes, pour un mémoire intitulé : Sur l'ergotinine, alcaloïde de l'ergot de seigle, et sur la pelletiérine, alcaloïde de l'écorce de grenadier.

Deux encouragements de 500 francs chacun sont accordés à M. Cauvet, pharmacien principal de l'armée, professeur à la Faculté de Lyon, pour ses Nouveaux Eléments d'histoire naturelle médicale ; et à M. E. Heckel, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, pour ses travaux de biologie.

MÉDECINE ET CHIRURGIE. — *Prix Montyon :* 1° à M. François-Franck, pour ses Recherches de physiologie pathologique intitulées : Des troubles fonctionnels et des lésions valvulaires ; des anévrysmes de la crosse de l'aorte et des troncs qui en émanent ; des accidents cardiaques produits par les épanchements du péricarde ; de la persistance du canal artériel ; des accidents cardiaques produits par la commotion et la compression du cerveau ; des intermittences du pouls ;

2° A M. Hayem, pour ses Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang et ses Recherches sur l'anatomie pathologique des atrophies musculaires ;

3° A MM. Key et Retzius, pour leurs Etudes sur l'anatomie du système nerveux.

Mentions honorables : 1° A M. le docteur Bérenger-Féraud, pour ses ouvrages intitulés : Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal : Traité de la fièvre bilieuse inflammatoire aux Antilles et dans l'Amérique tropicale ;

2° A M. le docteur Favre (de Lyon), pour ses Recherches, travaux statistiques et documents sur le daltonisme ;

3° A M. le docteur Albert Robin, pour son Essai d'urologie clinique : la fièvre typhoïde.

Citations : M. A. Proust, Traité d'hygiène publique et privée ; M. H. Toussaint, De l'intervention des puissances respiratoires dans les actes mécaniques de la digestion ; M. L. Colin, De la fièvre typhoïde dans l'armée ; M. Dejérine, Recherches sur les lésions du système nerveux dans la paralysie diphthéritique ; M. Legrand du Saulle, La folie du doute, La folie héréditaire, Etude médico-légale sur les épileptiques, Les signes physiques des folies raisonnantes, Etude clinique sur la peur des espaces ; M. Ed. Fournié, Applications des sciences à la médecine ; M. Gairal, Nouveaux appareils pour le traitement des affections utérines ; M. E. Debost, Traité complet d'équitation rationnelle.

Prix Godard : à M. le docteur Reliquet, pour un mémoire intitulé : Spasme de la vessie et de l'urèthre ; action du chloroforme sur ces deux organes.

Prix Serres : à M. Alexandre Agassiz (fils de feu Louis Agassiz), pour ses travaux sur l'embryogénie.

PHYSIOLOGIE.— *Prix Montyon* (physiologie expérimentale) : à M. Charles Richet, pour ses Recherches sur les propriétés chimiques et physiologiques du suc gastrique de l'homme et des animaux.

PRIX GÉNÉRAUX (arts insalubres). — *Prix Montyon :* 1° une somme de 2 500 francs à M. d'Hubert, pour son Mémoire sur l'utilisation des matières de vidanges ; 2° 2 500 francs à M. Lenoir, pour son Mémoire sur l'étamage des glaces à l'argent mercuré ; 3° 1 000 francs à M. E. Turpin, pour ses Préparations de couleurs non vénéneuses ; 4° 1 000 francs à M. le docteur Paquelin, pour son Invention du fer à souder à foyer de platine,

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 4 et 11 mars 1879; présidence de M. Richet.

La torsion vertébrale, son mécanisme et son influence sur la formation des caractères anatomiques de la déviation latérale de l'épine. — M. Jules Guérin présente sous ce titre un mémoire dont il lit les conclusions suivantes :

1° La torsion est un fait constant et général des déviations latérales de l'épine ; on l'observe sur tous les squelettes de sujets déviés, et elle est invariablement liée au phénomène de la courbure, quels qu'en soient le siège, le degré, le nombre et la direction ;

2° La torsion est le résultat de quatre ordres d'influences qui assurent à la colonne vertébrale sa plus grande résistance dans le sens transversal, savoir : sa constitution osseuse, la résistance passive de ses muscles, leur contraction passagère et leur contraction permanente ;

3° En vertu de ces influences, la colonne vertébrale se trouve dans la condition d'une tige qu'on voudrait fléchir sur une arête ou dans le sens de sa plus grande résistance, et qui, pour échapper à cette impossibilité, subit un mouvement de torsion qui lui fait présenter sa face la moins résistante à l'effort de flexion ;

4° En vertu de l'accroissement d'avant en arrière des agents de cette résistance latérale du centre de la vertèbre à l'extrémité de son apophyse épineuse, la torsion vertébrale ne s'exécute pas autour de l'axe même de la colonne, mais autour d'un axe passant par le sommet des apophyses épineuses ;

5° Il résulte de ce mécanisme et de cette disposition que les courbures vertébrales sont toujours plus prononcées en avant qu'en arrière, c'est-à-dire suivant la ligne des corps vertébraux que suivant la ligne des apophyses épineuses ; et qu'à leur première période ou degré, les courbes décrites par les corps vertébraux mesurent déjà 15 millimètres de flèche, alors que les apophyses épineuses continuent à décrire par leur sommet une ligne droite : cette proportion de 15 millimètres en plus au début des courbures antérieures se conserve à tous leurs degrés en s'accroissant du chiffre de la demi-flèche des courbures postérieures ;

6° La torsion est le facteur principal des caractères anatomiques de la déviation latérale de l'épine ; elle se traduit au dehors par les déplacements qu'elle imprime aux annexes de la colonne et aux parties qui les recouvrent, et le caractère spécial de ces déplacements se résout dans la saillie en arrière et la dépression en avant des parties correspondantes aux convexités des courbures, et, réciproquement, dans la dépression en arrière et la saillie en avant des parties correspondantes à leur convexité : d'où les deux gibbosités antérieure et postérieure des sujets atteints de déviations latérales considérables.

Le sirop de Follet. — M. Poggiale, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bussy et Chatin, lit un rapport officiel sur une série de demandes adressées à l'Académie par M. le procureur de la République de Reims au sujet du sirop de chloral dit « de Follet ».

1° Le sirop de chloral de Follet est-il considéré comme une préparation vénéneuse soumise aux prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846, en ce qui concerne la vente de ce médicament? La formule du sirop de chloral n'étant ni inscrite au Codex ni autorisée par le gouvernement, cette préparation doit être considérée comme un remède secret ;

2° Un flacon de sirop administré en quelques heures peut-il causer la mort ? Le sirop de chloral ne doit pas être soumis aux prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846 sur les substances vénéneuses ;

3° Le sirop de Follet doit-il être considéré comme un remède secret dont la vente est légalement interdite par l'article 36 de la loi du 21 germinal an II ? Oui ;

4° Si ce sirop est un remède dangereux, un pharmacien peut-il le délivrer sans ordonnance de médecin? Non.

Dynamoptomètre. — M. Cusco soumet à l'Académie le spécimen d'un instrument dioptrique, où sont réalisées les principales conditions de l'accommodation de l'œil, au moyen de lentilles dont le pouvoir réfringent peut être modifié à volonté.

Septicémie (suite de la discussion). — M. Hervieux, reconnaissant que c'est à la médecine qu'il appartiendra de dire un jour le dernier mot sur la doctrine de la septicémie humaine de M. Pasteur, que c'est elle qui, à l'aide de l'observation clinique aidée à l'occasion par l'expérimentation, nous fera connaître en dernier ressort la part qu'il faut attribuer aux germes dans la production des exanthèmes fébriles, des maladies zymotiques, de tous les états morbides qui relèvent de l'infection et de la contagion, qui donnera ou qui déniera à l'hypothèse de M. Pasteur une sanction définitive, se propose, pour le moment, d'aborder un côté très restreint de la partie médicale de la question, la « puerpéralité ».

M. Hervieux résume son argumentation dans les termes suivants :

1° Contrairement aux proto-organismes qui sont répandus partout dans la nature, et qui paraissent en somme bien inoffensifs, puisque nous vivons au milieu d'eux sans en être incommodés, le miasme puerpéral ne se plaît, ne prospère et n'exerce guère son action que dans certaines localités très circonscrites;

2° Tandis que les proto-organismes auraient besoin, suivant les partisans de la théorie des germes, d'une solution de continuité pour s'introduire dans l'économie, le miasme puerpéral ne connaît aucune barrière épithéliale. Il atteint la femme enceinte, le nouveau-né et même le fœtus, aussi bien que le femme en couches. Il a même le pouvoir de sévir sur des sujets placés en dehors de l'état puerpéral.

Il y aurait donc de grandes chances pour que le miasme générateur de la septicémie puerpérale ne fût point un vibrion. Ce serait, en tous cas, un vibrion d'une nouvelle espèce, dont les caractères, la nature et la constitution physique auraient besoin d'être déterminés ; mais, faut-il l'avouer? j'ai une peur terrible, une peur dont je ne puis me défendre et que l'Académie comprendra : c'est de mourir avant qu'on ait découvert ce vibrion-là.

M. Pasteur présente quelques observations. En premier lieu, il ne croit pas, comme M. Hervieux, qu'il existe un état sanitaire ou infectieux proprement dit ; tout est sain ou infecté selon qu'il y a absence ou abondance de germes se répandant soit par l'air, soit par l'intermédiaire des hommes ou des animaux infectés.

En ce qui concerne la fièvre puerpérale proprement dite, M. Pasteur croit être sur la trace de la découverte du proto-organisme qui engendre cette maladie. Il croit l'avoir rencontré chez une jeune fille du service de M. A. Guérin atteinte d'un abcès de l'aine et dans le pus d'un abcès de la joue chez un cheval. Ce microzoaire se présenterait sous la forme de globules réunis par séries et ayant chacun en moyenne un diamètre de deux millièmes de millimètre.

En somme, il y a encore beaucoup d'obscurités dans la théorie des germes, mais il est probable qu'elles seront un jour dissipées, et, dans tous les cas, il ne faut pas arguer contre cette théorie des phénomènes qu'elle n'a pu encore expliquer.

Elections. — M. Gautier est nommé membre de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 5 et 12 mars 1879; présidence de M. Tarnier.

Du pansement des plaies. — M. Farabeuf. Je prends la parole pour combattre un certain nombre des assertions de M. Després. Ce qui fait la valeur du pansement de Lister, c'est d'être un pansement qui nous donne la réunion par première intention. Il s'agit de savoir s'il y a des pansements antiseptiques et, s'il y en a, quel est le meilleur. Il y a certainement une putréfaction des plaies et cette putréfaction est fâcheuse pour l'économie. L'air est nuisible pour les plaies; pour le démontrer, il suffit de comparer les fractures compliquées avec les fractures simples, ces dernières étant toujours sans fièvre, même lorsqu'elles s'accompagnent des décollements les plus étendus, mais sans contact de l'air. Il y a donc une putréfaction des liquides à la surface des plaies.

Il y a des moyens de prévenir cette putréfaction; il faut empêcher le contact de l'air et il faut que cette matière putride ne séjourne pas à la surface des plaies. Il existe des agents chimiques antiseptiques. L'acide salicylique, l'alcool concentré, l'acide phénique sont de ce genre. Je vois arriver de temps à autre à l'Ecole pratique des malades amputés qui paraissent avoir succombé à l'infection purulente, il y a donc encore de l'infection purulente.

Pour un petit hôpital de province comme l'hôpital Cochin, les résultats de M. Després ne sont pas excellents. On accuse les étrangers de faire des opérations de complaisance, mais, en acceptant cette opinion peut-être exagérée, les opérations de complaisance donnent d'aussi mauvais résultats que les opérations traumatiques. Cela ne change donc pas la statistique.

L'amélioration dans la statistique chirurgicale a déjà commencé il y a quelques années, à Glasgow.

Le pansement de Lister a le grand avantage d'amener la réunion par première intention; l'avantage principal de la réunion immédiate est de donner des moignons irréprochables dans un temps très court. Je suis très partisan de ce mode de réunion parce qu'il a toujours été cherché par les chirurgiens et qu'il a donné des résultats admirables. M. Verneuil pense que la réunion immédiate donne une plus grande mortalité; nous attendons sa démonstration.

L'acide phénique n'est pas une importation anglaise; il a été étudié en France par Lemaire, de même pour le coaltar proposé par Beau (de Toulon).

Si nous parcourons l'Europe nous voyons que Bardeleben, Thierch, Nussbaum, Saxtorf, grands chirurgiens étrangers, sont partisans de l'acide phénique. Parmi les contempteurs du pansement de Lister nous voyons Callender dont le pansement antiseptique a les plus grands rapports avec le précédent. En Allemagne, il y a beaucoup plus de falsificateurs du pansement de Lister que de contempteurs. M. Sée a visité Rose à Zurich; après avoir employé l'aération comme les chirurgiens de Moscou, Rose revient à l'acide phénique, il fait deux fois par jour des lotions phéniquées.

En Russie, il y a trois espèces de pansements; presque toujours la réunion immédiate et le pansement fermé; les chirurgiens font les lavages phéniqués, les sutures étagées de l'école de Bordeaux; ils mettent près de la plaie une coupe pleine d'acide phénique, ils emploient le catgut; c'est là beaucoup moins une méthode d'aération qu'une méthode antiseptique.

Il ne faut pas calomnier Lister qui a pris en France tous les éléments de son pansement : acide phénique de Lemaire, tube à drainage de Chassaignac, sutures profondes d'Azam, théorie de M. Pasteur; il n'a pris chez lui que le catgut.

M. Verneuil. On me répète constamment la sepsine; c'est une simple note que j'ai mise au bas d'une page. J'ai fait le pansement de Lister, je ne suis pas l'adversaire déclaré de la réunion immédiate. Je dis seulement que l'on fait le plus grand tort à ce procédé en l'employant dans des cas où il est plus dangereux que les autres.

M. Trélat. La discussion a dévié du but que se proposait M. Perrin. Je me bornerai à répondre à la communication de notre collègue.

On a fait un peu trop fi des expériences de laboratoire. Il y a de grandes probabilités à l'heure qu'il est pour que la septicémie soit d'origine proto-organique; les contradicteurs de cette opinion n'ont pour argument que leur manière de voir. Au contraire les expérimentateurs s'appuient sur des faits.

Dans les discussions, quand on parle septicémie, quelques chirurgiens, même très compétents, comme M. Després, répondent pyohémie; à l'Académie M. Colin faisait la même confusion. Aujourd'hui nous savons que la septicémie aiguë est une affection à marche rapide, c'est une affection de début des plaies et des opérations. C'est si bien une intoxication que jamais personne n'a mis cela en doute; l'une des théories relatives à cette affection consiste à croire que sous l'influence du traumatisme le malade éprouve une altération du sang qui le tue. D'autres, et je partage cet avis, pensent que la cause de la septicémie est dans le contact de l'air. C'est ce que démontrent les expériences de M. Davaine et de M. Laborde.

La pyohémie est une affection relativement tardive. Elle est de nature à durer plus ou moins longtemps; elle peut durer quinze jours ou même davantage. Il y a des pyohémies à forme chronique. Les symptômes sont absolument distincts. L'expérimentation reproduit la septicémie : l'infection purulente déjoue encore nos recherches : on ne peut la provoquer. La différence est énorme. Il y a cependant un lien entre les deux affections; il est incontestable qu'à force de combattre les accidents septicémiques, nous avons vu disparaître de nos services l'infection purulente.

Je reviens à l'alcool. Beaucoup de chirurgiens à Paris emploient l'alcool sans le mettre au premier plan; moi-même j'emploie souvent l'alcool sous forme de bains, matin et soir, dans les panaris et les plaies de la main; sous forme de compresses, vers la fin de la cicatrisation des plaies.

On a employé pour défendre l'alcool des arguments qui sont bons pour le faire placer à un rang inférieur. L'alcool est volatil, il est coagulable, il est irritant, douloureux au premier moment; enfin il retarde la cicatrisation des plaies.

Pour moi, j'ai commencé à l'hôpital Saint-Antoine à faire des pansements avec de l'eau froide; mes pansements se décomposaient vite. J'ai fait des mélanges d'eau et de glycérine, et je suis arrivé à la glycérine pure. La glycérine ne fait aucun mal, mais elle n'a pas de vertu. A l'hôpital Saint-Louis, j'ai employé un mélange croissant d'eau et d'alcool. A la Pitié, j'ai commencé à employer des solutions hydro-alcoolo-phéniquées.

Il y a un an environ, j'ai dit à la Société de chirurgie : ce qui fait le caractère des pansements, c'est le processus organique pendant la durée de la cure. La suppuration n'est pas une nécessité de la cure des plaies. Pour juger les pansements, il faut les examiner sous différents rapports. Il faut voir quelle est la mortalité dans les diverses opérations, et voir comment marchent les plaies. On arrive maintenant, avec certains pansements antiseptiques, à voir se produire certains faits absolument neufs. Les bords des grandes surfaces coupées sont d'un blanc rose; il n'y a rien de changé. Au bout de deux ou trois jours, on voit que l'accollement s'est fait dans presque toute l'étendue, puis cet accollement s'achève; même lorsqu'il n'y a pas de réunion, il n'y a pas de pus. On avait déjà obtenu des résultats de ce genre; mais alors il fallait une perfection opératoire et une perfection hygiénique qu'il n'est pas toujours possible d'atteindre. Un certain nombre d'entreprises thérapeutiques qui nous paraissaient inaccessibles sont aujourd'hui considérées comme très simples.

Ce qu'il ne faut oublier sous aucun prétexte, c'est la crainte de la contagion; ce qu'il faut placer au second rang, c'est l'habitude de ne panser les malades qu'avec des objets neufs.

Je suis très partisan du pansement de Lister modifié.

M. M. Sée. J'ai pratiqué le premier, en 1866, les irrigations d'alcool; le liquide coulait goutte à goutte sur la plaie. J'ai cependant renoncé à l'emploi de l'alcool pour panser les plaies. J'emploie presque exclusivement le pansement au chloral, qui présente ces avantages : facilité d'application, odeur agréable, bon marché extrême, bon état des plaies, désin-

fection irréprochable. Mais, après les grandes opérations, rien me paraît comparable au pansement de Lister. J'ai prié M. L. Championnière de venir dans mon service ouvrir un genou dans un cas d'arthrite purulente. Vingt et un jours après, le malade était complètement guéri, et le genou avait repris tous ses mouvements. Je ne crois pas que les adversaires du pansement de Lister puissent nous montrer des faits de ce genre.

M. Le Dentu n'abordera pas l'étude de toutes les questions qui ont été soulevées dans ces débats, il se renfermera dans le traitement des plaies et dira quelques mots de la septicémie.

Personne ne peut nier qu'il se développe dans les salles des hôpitaux des miasmes qui produisent la septicémie. M. Trélat n'admet pas l'identité entre la septicémie et la pyohémie. Pour moi il y a plusieurs variétés de septicémie. Supposons une gangrène foudroyante d'un membre, voilà une des formes; mais à côté de ces accidents locaux, de cette septicémie locale, il y a des septicémies à accidents généraux. Ces accidents peuvent prendre naissance soit localement, soit par l'absorption pulmonaire. La septicémie qui prend naissance dans un foyer a plusieurs formes : l'infection putride aiguë; l'infection putride subaiguë ou chronique (Bérard); enfin, l'infection purulente proprement dite, qui n'est autre chose que la septicémie avec l'intervention d'un accident anatomique nouveau, c'est-à-dire l'abcès métastatique.

Si l'absorption d'un germe se faisait toujours par une plaie on pourrait le prévenir, mais l'absorption miasmatique pulmonaire n'est pas douteuse, et il y a sept ans je n'aurais pas craint de porter un défi aux partisans du traitement antiseptique. Je dois faire cette réserve que dans les conditions où s'exerce la chirurgie ordinaire, cette absorption pulmonaire ne peut être négligée.

Pour juger la valeur d'une méthode de pansement, les résultats qu'elle donne, c'est-à-dire la statistique, me semblent avoir une valeur suffisante.

Depuis deux ans j'ai recours au pansement de Lister, mais avec quelques modifications que je dois vous faire connaître : avant toute opération je soumets mes aides et moi-même à un lavage des mains, des instruments, etc. Je n'ai pas constamment employé la pulvérisation, car cet appareil est d'une délicatesse telle, qu'il se dérange facilement (même le pulvérisateur à vapeur). Je n'ai pas fait non plus de sutures profondes, j'ai pratiqué de simples sutures marginales, et les lambeaux étaient soutenus par des éponges trempées dans une solution phéniquée. Le drainage et les ligatures, non avec du catgut, mais avec des fils trempés dans de l'acide phénique, ou de l'huile phéniquée, ont été employés. Le protective a toujours été appliqué. Enfin j'ai souvent mis en usage le Lister dans toute sa rigueur.

J'ai à vous soumettre le résultat de 57 opérations que j'ai pratiquées depuis deux ans :

Membre supérieur : 1 désarticulation de l'épaule, guérison; 2 amputations du bras, 2 guérisons; 4 amputations d'avant-bras, 4 guérisons. 7 opérations = 7 guérisons.

Membre inférieur : 1 désarticulation de la hanche, mort du malade après trente-six heures, le pansement ne peut être incriminé; sur 6 amputations de cuisse, 3 guérisons, 3 morts; 3 amputations de jambe, 2 guérisons, 1 mort. Moyenne : 25 pour 100.

Pour les grandes résections : 2 guérisons, 1 mort.

Pour les petites résections : 1 guérison.

Pour les opérations sur les os : 6 guérisons, 1 mort.

Pour les amputations du sein : 2 cas, 2 guérisons.

Pour les tumeurs diverses : 3 opérations, 3 guérisons.

Et les autres opérations : 3 opérations, 3 guérisons.

Total : 39 guérisons, 9 morts.

Sur 7 cas de fractures compliquées : 5 guérisons, 2 morts.

Permettez-moi maintenant de discuter certains des détails du pansement de Lister. L'acide phénique est irritant, mais d'une façon temporaire, mais je crois aux propriétés locales de l'acide phénique et à la nécessité de cette gaze imprégnée d'acide phéniqué. Quant à la pulvérisation, d'une application difficile, elle est très désagréable, elle amène une anesthésie

et un refroidissement considérables. Je ne l'emploierai pas dans le cas de hernie étranglée. Avec ce pansement je n'ai pas vu très souvent la réunion par première intention totale, peut-être parce que je n'employais pas des sutures profondes, mais j'ai pu constater la réunion des tissus fongueux. Enfin, pendant que j'avais dans ma salle des malades atteints d'érysipèle et de lymphangite, les blessés pansés avec le Lister n'offraient pas ces accidents.

Je suis embarrassé pour me prononcer sur la valeur relative du pansement de Lister ou du pansement ouaté qui m'a donné d'excellents résultats, mais ils me semblent bien préférables à l'alcool.

Je résumerai ma façon de voir par ces conclusions : 1° je n'oserai pas pratiquer aujourd'hui une grande opération sans recourir au pansement de Lister ; 2° pour les traumatismes légers, ou vers la fin de la cicatrisation d'une plaie, je crois qu'on peut être éclectique et employer un pansement qui répondra aux règles fondamentales de tout pansement.

M. Guyon. Je n'attaquerai pas le pansement à l'alcool, lequel pendant longtemps m'a donné d'excellents résultats, mais je suis persuadé que le pansement de Lister est un progrès sur le pansement à l'alcool. Pour moi, la révolution qui s'est faite en chirurgie a sa source dans le soin que nous prenons des plaies. Le pansement de Lister et celui de Guérin nous permettent d'obtenir une réunion immédiate, une cicatrisation sans douleur.

Pour juger telle ou telle méthode de pansement la statistique me semble inférieure à l'observation clinique. La statistique nous prouve qu'un résultat favorable a été obtenu, mais à quel prix ? C'est ce que nous ignorons.

Avec l'alcool et l'acide phénique les plaies se comportent d'une façon étonnante, il n'y a pas de réaction ; mais avec le pansement à l'alcool il n'est pas rare de voir apparaître certains accidents, des tuméfactions phlegmoneuses, dans les points probablement qui ont échappé à l'action de l'alcool. Mais avec le pansement de Lister on n'observe rien de semblable, la plaie reste indifférente jusqu'au bout, et cela presque sans précautions, alors que le pansement à l'alcool exige mille précautions. La pulvérisation est-elle absolument nécessaire pour obtenir ce résultat ? Non, je ne le crois pas, d'ailleurs elle est d'une application difficile à cause de l'insuffisance des appareils. Pour moi, l'importance des résultats doit être cherchée dans l'enveloppement total du membre dans une atmosphère phéniquée. Je n'ai pu supprimer la suppuration avec le Lister, comme l'a fait le chirurgien anglais, mais j'ai obtenu une diminution notable dans la suppuration, une véritable rétrocession du pus. Avec le pansement à l'alcool, une plaie déjà en suppuration n'est pas modifiée, comme avec le pansement de Lister.

La marche des plaies n'est pas la même sous ces deux pansements. Je n'ai jamais osé tenter la réunion par première intention avec l'alcool, mais je l'ai obtenue avec le pansement de Lister qui arrête pour ainsi dire l'essor traumatique.

Le pansement à l'alcool n'active pas la cicatrisation des plaies, elles restent stationnaires; rien de semblable avec le pansement de Lister.

Quant à la douleur elle est à son minimum avec le pansement de Lister, elle n'existe pas ; il est loin d'en être de même avec le pansement à l'alcool.

Depuis plus de deux ans que j'emploie le pansement de Lister je n'ai pas eu un seul cas de pyohémie.

Voici maintenant le résultat de ma statistique :

3 amputations de cuisse : 3 guérisons.

4 amputations sus-malléolaires : 4 guérisons.

1 amputation au tiers inférieur de la jambe : 1 guérison.

10 extractions de tumeurs du sein : 10 guérisons.

4 opérations diverses : 4 guérisons.

7 opérations de hernies étranglées : 2 morts. Ce sont les 2 seuls insuccès sur 34 opérés.

J'ai évité la pyohémie, mais non l'érysipèle, dans le cours de l'ablation de tumeurs du sein. J'ai observé aussi des érythèmes : je crois qu'il y a là une question de sujets et de régions opératoires.

J'ai été opposé, au début, au pansement de Lister. Son air de mysti-

cisme me déplaisait, l'odeur qu'il laisse après lui pendant tout un jour, et qui est le témoignage de l'acte chirurgical que le chirurgien a accompli le matin, m'était désagréable, mais je me suis hâté d'oublier tout cela dès que j'ai vu que ce pansement guérissait mes malades.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 14 mars 1879 ; présidence de M. Hervieux.

Pleurésie purulente ; empyème ; guérison complète. — M. le docteur Blachez présente à la Société une jeune fille de quatorze ans, qui a subi l'opération de l'empyème au mois d'octobre dernier.

Il s'agissait d'une pleurésie purulente, dont le début remontait à un mois environ. La malade, d'une excellente constitution, était arrivée à un état de marasme qui mettait sa vie en danger. Les moyens habituels avaient été employés sans succès.

Après une ponction exploratrice, qui donna issue à quelques cuillerées d'un pus très fétide, l'incision du huitième espace intercostal fut pratiquée ; l'opération fut très laborieuse. Deux hémorrhagies d'une grande abondance se produisirent : la première, au moment de l'incision des muscles superficiels ; la seconde, à l'instant où l'on débrida la ponction, qui avait donné issue au pus. Cette seconde hémorrhagie mit la vie de la malade en danger et ne s'arrêta définitivement qu'après une heure. On avait vainement tenté de lier le vaisseau. Une grosse mèche, imbibée de perchlorure et introduite dans la plèvre, eut enfin raison de l'hémorrhagie.

Le lendemain, deux gros drains furent introduits et la plèvre largement lavée trois fois par jour avec l'eau phéniquée.

La malade se rétablit rapidement. L'état général se modifia de la manière la plus heureuse au bout d'une quinzaine de jours. On retira à cette époque un des drains et, l'écoulement du pus diminuant peu à peu, on se contenta de faire des injections au moyen d'une petite sonde en gomme.

Vers le milieu de décembre, la personne chargée de pratiquer les injections crut devoir abandonner la fistule à elle-même. Au bout de quinze jours le pus s'accumula sous la peau, la fièvre se ralluma et il fallut réintroduire une sonde, qui fut maintenue à demeure pendant huit jours, puis réintroduite tous les matins pour une injection iodée. La fistule se ferma définitivement dans les premiers jours de janvier.

Aujourd'hui la malade est complètement guérie. La respiration est pure dans tout le côté malade ; elle est seulement un peu affaiblie dans le quart inférieur. La poitrine, qui dans les premiers jours de décembre était fortement rétractée, s'est développée, et aujourd'hui la déformation est à peine sensible.

Double anévrysme de l'aorte.— M. Dujardin-Beaumetz présente un malade qui offre certaines analogies avec le malade dont M. Vallin a entretenu la Société à la dernière séance. Ce malade est entré à l'hôpital pour une simple fatigue et un peu de toux. En l'examinant attentivement, on a reconnu qu'il présentait, à la partie antérieure de la poitrine, et à gauche, des battements, et à l'auscultation un double bruit de souffle : il s'agissait d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. De plus, à la région postérieure, au niveau de la sixième vertèbre dorsale à peu près, existait encore une autre tumeur volumineuse, se manifestant aussi par des battements et du souffle. Ainsi cet homme, sans aucun trouble fonctionnel, entré simplement pour de la fatigue, était atteint de deux anévrysmes volumineux, qui n'ont déterminé aucun accident. M. Dujardin-Beaumetz ajoute que le malade n'était pas syphilitique.

M. Hillairet a fait l'autopsie d'un homme sur lequel il a trouvé six anévrysmes, sans qu'il y ait eu aucun trouble fonctionnel pendant la vie.

Dilatation des bronches. — M. Ferrand donne lecture, au nom

de M. le docteur Desplats (de Lille), d'un travail sur un cas de bronchite chronique et de dilatation des bronches produite par l'obstruction d'une bronche principale, affection occasionnée par un anévrysme et s'accompagnant d'accumulation du liquide bronchique dans les bronches terminales.

Muguet de l'œsophage. — M. Damaschino a fait l'examen histologique du muguet de l'œsophage présenté à la dernière séance (voir p. 234) ; son examen a porté sur une fausse membrane, d'une longueur de 3 centimètres, située sur le repli aryténoïdien épiglottique : les tubes pénétraient jusqu'à la couche profonde de la muqueuse.

Anatomie pathologique du pemphigus. — M. Vidal fait une communication sur l'anatomie pathologique du pemphigus. Dans ses diverses préparations, M. Déjerine, interne des hôpitaux, a trouvé que, dans cette affection, les nerfs sous-cutanés étaient altérés. Cette lésion consiste en une disparition du cylindre-axe ; une fragmentation de la myéline et un épaississement de la gaine de Schawn. Telle est l'altération des nerfs dans le pemphigus.

La lésion bulbeuse est identique avec celle que l'on trouve dans le pemphigus; on trouve un soulèvement d'une couche de l'épiderme, non seulement de la couche cornée, comme pour la vésicule, mais d'une partie de la couche profonde, c'est-à-dire de la partie superficielle de la couche de Malpighi. On trouve dans les cellules un liquide contenant un grand nombre de globules blancs. Sur quelques points, les papilles sont altérées; les cellules cylindriques ont disparu, le derme lui-même est altéré. Les vaisseaux sont quelquefois obturés, et autour d'eux existe une prolifération considérable de cellules de nouvelle formation. En résumé, on constate une altération des nerfs, une altération des vaisseaux, une prolifération de leucocytes autour des vaisseaux et une destruction du réseau de Malpighi dans les points où la lésion est le plus profonde.

M. Cornil a étudié le pemphigus syphilitique des nouveau-nés ; ses préparations diffèrent notablement de celles dont M. Vidal vient de donner la description.

M. Vidal. Le pemphigus des adultes diffère notablement de ce que l'on décrit sous le nom de « pemphigus des nouveau-nés » ; ce dernier n'est pas un pemphigus, mais consiste en une simple papule, qui se soulève par suite de l'accumulation des liquides.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Emploi du bandage d'Esmarch dans l'ablation de tumeurs éléphantiasiques, par William Mac Gregor, médecin principal à Fidji. —Vers le 10 juillet dernier, une femme indigène se présenta à Levuka Hospital pour se faire enlever une tumeur volumineuse, présentant tous les caractères de l'éléphantiasis, naissant de la grande lèvre gauche, pyriforme, et présentant deux ou trois grosses protubérances à sa surface. A sa partie la plus épaisse, à 2 ou 4 pouces de son extrémité inférieure, son diamètre était d'environ 12 pouces ; à son extrémité supérieure, la partie la plus étroite avait environ 6 pouces de diamètre. En deux ou trois points de la surface étaient des ulcères de mauvaise nature, d'odeur fétide, de plusieurs pouces de diamètre et d'un demi-pouce de profondeur. La tumeur descendait jus-

qu'aux genoux; pour marcher, la malade la rejetait derrière les cuisses; pour s'asseoir, elle la mettait en avant; elle pesait environ 27 livres et demie.

La malade avait environ trente ans, elle était de constitution saine d'ailleurs, et dans de bonnes conditions pour être opérée.

Le 15 juillet, je procédai à l'ablation de la tumeur, avec l'aide des docteurs Crŭicksuhank et Cerney.

La malade fut mise sur une table dans la vérandah de l'établissement, et on attacha au plafond, autant que possible au-dessus de la tumeur, une petite poulie. Des bandes de diachylon, de 2 pouces de large, furent appliquées sur l'extrémité libre de la tumeur, en s'étendant jusqu'à sa partie moyenne. La forme particulière de la tumeur rendait cet artifice nécessaire pour empêcher le bandage de glisser, et assurer la compression sur sa grosse extrémité. Le diachylon servit aussi à attacher une corde solide passant sur la poulie et au moyen de laquelle on peut changer la tumeur de place, suivant les besoins, pendant l'opération.

La malade fut alors chloroformée et la bande en caoutchouc appliquée étroitement de bas en haut, jusqu'au collet de la tumeur. On se proposait de laisser le bandage en place pendant une minute ou deux, puis, si c'était possible, de le réappliquer plus serré en laissant un tourniquet élastique au collet de la tumeur pour s'opposer au reflux du sang. Mais la compression exercée par la bande commença à refouler le sérum contenu dans le parenchyme de la tumeur dans le tissu cellulaire sous-cutané de la vulve, du mont de Vénus, et de la paroi abdominale, ce qui nécessita l'application immédiate du tourniquet élastique pour l'arrêter. C'est pourquoi on passa rapidement un fort tube élastique, muni de boucles à ses extrémités, trois ou quatre fois autour du collet de la tumeur, on le serra fortement, et on déroula anssitôt la partie supérieure du bandage.

Le résultat de cette manœuvre fut que tout le sérum fut repoussé dans l'espace compris entre le tube et le tour supérieur du bandage. Afin de diminuer le collet de la tumeur, on fit de nombreuses ponctions dans cet espace pour permettre au sérum de s'échapper; il s'en écoula ainsi plusieurs livres dans l'espace de quelques minutes, ce qui produisit une telle diminution du collet, qu'après l'ablation totale du bandage, il n'était pas plus gros que le bras d'un adulte. Cependant, avant de faire la section de la tumeur, deux aiguilles furent passées à travers le collet, tout près et au-dessous du tube en caoutchouc, pour empêcher celui-ci de glisser après l'ablation de la masse morbide. Un ou deux coups de bistouri suffisent alors pour la détacher; elle était absolument exsangue. On appliqua des ligatures sur l'orifice des vaisseaux ouverts, qui n'étaient pas moins d'une vingtaine, avant de retirer le tube ; on appliqua encore quelques fils sur des points qui saignèrent après l'ablation du tube, mais la malade ne perdit pas en tout deux cuillerées à bouche de sang de par l'opération.

La guérison fut parfaite, la plaie s'étant cicatrisée rapidement et ne laissant qu'une petite difformité.

Ce cas présente on ne peut mieux toutes les conditions d'une expérience. Les occasions de voir l'effet de la compression sur une tumeur aussi volumineuse ne sont pas communes, et comme il n'était pas tout à fait certain que le centre d'une telle masse, pleine de sinus veineux comme le sont ces tumeurs, serait rendu complètement exsangue par le bandage, on courait bien moins de risques en opérant sur une tumeur labiale, en supposant que le procédé actuel ait échoué, que s'il se fût agi de l'ablation d'une tumeur scrotale, dans laquelle il faut disséquer le pénis et les testicules. Mais c'est dans ces derniers cas que la compression élastique rendra le plus de service, car l'opérateur pourra faire à son aise les dissections nécessaires sans être incommodé par la présence du sang dans la plaie.

La quantité de sang épargné doit avoir été considérable. Le clamp de fer, employé avec tant de succès par mon ami et voisin le docteur Turner, de Samoa, prévient bien, en général, l'hémorrhagie par le pédicule, mais la quantité de sang contenu dans ces tumeurs après les essais que l'on fait pour les rendre exsangues, et qui est perdue quand on en fait l'ablation, n'est

pas sans importance, d'après mon expérience.

Malheureusement, je ne puis dire exactement la quantité de sang épargné dans le cas actuel. La tumeur entière, comme je l'ai déjà dit, pesait 21 livres et demie ; après son ablation, elle ne pesait que 10 livres ; elle avait donc perdu 11 livres et demie de sérum et de sang, le sang ayant été rendu à la circulation générale et le sérum s'étant échappé par les piqûres. On ne prit pas la précaution de recueillir et de peser le sérum, mais on peut l'estimer approximativement de 4 à 7 livres. D'autres opérations de ce genre permettront sans doute de donner une plus grande exactitude à ces détails, mais on ne peut douter que les proportions de sang, de sérum et de parties solides ne varient beaucoup dans ces tumeurs.

Dans l'emploi du bandage élastique pour cette opération, la seule précaution spéciale qui me parut nécessaire, est d'avoir soin de ne pas laisser la bande appliquée trop longtemps sur le collet de la tumeur, à cause du refoulement du sérum dans le tissu cellulaire situé au-delà de ce collet. Si cela arrivait, le collet de la tumeur serait épaissi pour l'opération, les bords de la plaie resteraient infiltrés, et la cicatrisation retardée de plusieurs jours ; mais par l'application rapide d'un tourniquet élastique, comme dans le cas actuel, on peut éviter ce danger ; d'autre part, on peut diminuer beaucoup le collet en permettant l'issue du sérum par des ponctions entre le tourniquet et le bandage appliqué sur la moitié ou les deux tiers inférieurs de la tumeur, et en enlevant complètement la bande avant la section de la masse morbide. (*The Glasgow Medical Journal*, février 1879, p. 96.)

De la ligature, de la torsion, de la forcipressure, comme moyen d'hémostase en chirurgie.—Après avoir passé en revue les différents procédés d'hémostase employés jusqu'ici, le docteur Delage donne comme solution : que les chirurgiens ont à leur disposition trois grands moyens d'hémostase : la ligature, la torsion, la forcipressure. Voici leur emploi :

1° Dans la grande majorité des cas, employer la ligature et la torsion, car elles permettent de tenter la réunion immédiate et d'appliquer les pansements antiseptiques de Guérin et de Lister ;

2° Employer de préférence la ligature de catgut, qui se résorbe et ne joue pas au milieu des tissus le rôle de corps étranger ;

3° Recourir surtout à la torsion, car, facile à faire, elle met à l'abri des hémorrhagies secondaires et est utile lorsqu'il s'agit d'oblitérer les gros vaisseaux. La torsion sera encore employée avec succès pour la cure des anévrysmes.

Enfin, si la ligature ou la torsion présentent quelques difficultés ou sont impossibles, on recourra à la forcipressure des vaisseaux ; en outre, dans les opérations sur la face et sur la langue, dans les plaies de la paume de la main, du cuir chevelu, et dans quelques autres circonstances spéciales, la forcipressure est quelquefois le seul moyen hémostatique dont puisse se servir avec avantage le chirurgien. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 300.)

Des ruptures de la vessie dans leurs rapports avec les fractures du bassin. — Après avoir cité dans son travail de nombreuses observations, le docteur Chaboureau conclut que :

1° Les ruptures de la vessie dans les fractures du bassin sont presque toujours dues au déplacement des fragments, et le mécanisme de la rupture varie avec la variété de fracture ;

2° Quelquefois la rupture n'est pas imputable au déplacement des fragments, et dans ce cas peut-être, ou une simple coïncidence, ou le résultat de la disjonction de la symphyse pubienne ;

3° Les symptômes fondamentaux sont : rétention plus ou moins complète d'urine, des phénomènes d'hématurie, d'infiltration d'urine et de péritonite ;

4° Le pronostic est des plus graves, car, autant une fracture du bassin non compliquée guérit facilement, autant elle est grave, s'il y a lésion de la vessie.

Enfin, il y a urgence de mettre, dès le début, une sonde à demeure. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 392.)

Du traitement des fractures obliques de la jambe par la pointe de Malgaigne. — Comme l'expérience a montré que la pointe de Malgaigne réussissait souvent dans les cas où les autres moyens avaient échoué, le docteur Irr conseille donc d'y recourir de préférence dans les cas suivants :

1° Lorsque la réduction de la fracture n'est pas obtenue autrement;

2° Lorsque la consolidation n'est pas obtenue ;

3° Lorsque l'un des fragments menace de perforer la peau ;

4° Lorsque le déplacement ou les chevauchements des fragments pourraient entraîner, soit la compression, le déchirement, l'ulcération des troncs artériels, veineux ou nerveux, soit des pseudarthoses, des cols fibreux ou difformes. Enfin, les appareils à pointe métallique ont été employés avec succès dans divers genres de fracture, mais principalement dans les fractures très obliques de la jambe. (*Thèse de Paris*, 1877, n° 463.)

L'amblyopie nicotique. — Cette étude sur l'amblyopie nicotique est le résultat d'un travail consciencieux de la part de M. le docteur Martin, travail qu'il appuie de nombreuses observations. Alors, en terminant sa thèse, il émet ces conclusions que :

1° Les amblyopies alcoolique et nicotique présentent des différences et des caractères bien tranchés à l'aide desquels on peut facilement les séparer ;

2° Les symptômes qui permettent de distinguer ces deux affections sont, avant tout, l'état de la pupille qui, dilatée dans l'amblyopie alcoolique, est rétrécie dans l'amblyopie nicotique ; le début, qui, brusque et instantané dans celle-là, est lent, inaperçu dans celle-ci.

La marche, qui, irrégulière et présentant des alternatives de mieux et de pire dans la première, est lentement et continuellement progressive dans la deuxième.

Dans l'une, les deux yeux sont toujours atteints au même degré ; dans l'autre, ils ne sont pas toujours frappés tous les deux, ou ils ne le sont pas en même temps.

Ici, les malades voient beaucoup moins bien le soir que le jour, et sans hallucinations ni illusions de la vue, ni diplopie.

Les alcooliques, au contraire, sont incommodés par une vive lumière, voient mieux le soir, et se plaignent d'hallucinations, de vertiges, de polyopie et de diplopie ;

3° Les troubles de la vue, liés à l'intoxication par le tabac, se présentent sous trois formes :

A. Amblyopie binoculaire ;

B. Amblyopie musculaire avec scotome central ;

C. Amblyopie mixte par l'alcool et le tabac. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 97.)

Emploi de la pilocarpine contre l'éclampsie. — Il paraît établi de nos jours que la cause qui engendre les convulsions de l'éclampsie ou de l'épilepsie, tient à un arrêt brusque de la circulation cérébrale. La crampe vaso-motrice, qui se produit alors, détermine une ischémie en quelque sorte instantanée. Cette théorie trouve sa confirmation dans le succès des moyens thérapeutiques qui ont pour but de faire cesser le spasme vasculaire, tels que les saignées, les narcotiques, les drastiques, l'accouchement rapide, en amenant la vacuité de l'utérus.

Le docteur Bidder, dans le *Journal central de gynécologie*, fait remarquer que la pilocarpine, abaissant la tension artérielle, doit servir aux mêmes usages que les agents précédents. A l'appui de cette assertion, il rapporte deux faits, dans lesquels des attaques d'éclampsie, ayant précédé et suivi l'accouchement, ont cédé à une ou deux injections, contenant chacune 2 centigrammes de pilocarpine. Cet exemple semble donc devoir être suivi. Cependant, nous devons à la vérité de dire que ce résultat n'est peut-être pas aussi démonstratif qu'il le paraît au premier abord. Dans les deux cas, en effet, le docteur Bidder avait employé en même temps que la pilocarpine, des lavements de chloral hydraté, à la dose de 2 à 4 grammes chacun. Il faut donc de nouveaux faits pour pouvoir se prononcer ; toutefois, les résultats du docteur Bidder doivent engager les praticiens à se mettre à l'œuvre. (*Revue méd.-chirurg. de Vienne*, octobre 1878.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Deux cas de kyste hydatique du foie traités avec succès par l'aspiration. Une seule ponction suffit dans le premier cas, et dans le second, guérison constatée assez longtemps après. Dr Bradbury (*Brit. Med. Journ.*, 15 mars 1879, p. 387).

Remarques sur cent cinquante opérations de cataracte par extraction, par le docteur Charles Higgens. Il y eut cent quinze succès complets, vingt-quatre succès partiels et onze insuccès, soit 92,6 pour 100 des cas dans lesquels il y eut amélioration de la vision, et 7°,4 où il n'y eut pas d'amélioration; l'iridectomie préliminaire est fortement recommandée (*id.*, p. 388).

Contusion du front, douleur continue pendant sept semaines, puis hémiplégie. Trépanation au siége de la blessure ; fissure de la table externe, intégrite de la dure-mère ; ponction et aspiration du cerveau, issue de pus, incision de l'abcès ; guérison, mais perte de la vue des deux côtés, par J.-W. Hulke (*id.*, p. 388).

Anévrysme volumineux de la carotide primitive. Ligature de la carotide par la méthode et le procédé de Brasdor. Cicatrisation de la plaie par première intention, guérison de l'anévrysme par José de Mello Ferrari (*Jornal da soc. das Sciencias med. de Lisboa*, 1878, nº 12, p. 353).

Bons Effets de l'association des inhalations de nitrite d'amyle (cinq gouttes sur un mouchoir) *et des injections sous-cutanées de morphine* dans le traitement des convulsions chez de très-jeunes enfants, par Hugo Engel (*Philadelphia Med. Times*, 4 janvier 1879, p. 148).

Traitement de l'hydrocèle par la compression, par Blackvood (*id.*, p. 151).

Tétanos traumatique. Traitement par le bromure de potassium et le chloral. Guérison, par A.-K. Minich (*id.*, p. 152).

Enorme kyste uniloculaire de l'ovaire. Injection iodée. Guérison, par L. Casati (*il Raccoglitore medico*, janvier 1879, p. 10).

Anévrysme de l'artère carotide primitive droite. Traitement par la compression digitale et l'iodure de potassium. Guérison, par le docteur Rubio (*Revista de med. y cirurgia pract.*, 7 mars 1879, p. 226).

Note sur le traitement antiseptique des maladies charbonneuses, et en particulier par le borate de soude. Dr Chiamenti (*Giornale veneto di Scienze mediche*, février 1879, p. 136).

Revue d'électrothérapie, par P. Schivardi (*id.*, p. 155).

Tétanos idiopathique chez un garçon de douze ans trois mois. Hydrate de chloral pendant trois jours, puis fève de Calabar à hautes doses pendant dix-huit jours. Eruption de sudamina, puis de vésicules herpétoïdes, attribuée au mal. Mort. L'enfant n'a pas pris moins de 40 grammes d'extrait alcoolique de fève de Calabar. Reginald Bligh Read (*the Practitioner*, mars 1879, p. 192).

Ovariotomie pratiquée avec succès, par le docteur Bottini (l'*Osservatore*, mars 1879, p. 145).

Bons Effets de la teinture d'Eucalyptus globulus à hautes doses dans la fièvre des marais, par le docteur Franco (*la Scuola medica napolitanea*, décembre 1878, p. 41).

Un cas d'intoxication quinique revêtant les symptômes de la fièvre pernicieuse ictéro-hématurique, par le docteur V. Fragala (*id.*, p. 43 et 88).

VARIÉTÉS

Concours du bureau central. — Le jury est ainsi constitué : MM. Hardy, Siredey, Luys, Audhoui, d'Heilly, Dieulafoy, Descroizilles, Dujardin-Beaumetz, médecins ; Léon Labbée, chirurgien.

Prix de la Faculté de médecine. — Legs Tremont. — Le legs, de la valeur de 1 000 francs, a été partagé en parties égales entre deux étudiants également méritants et remplissant les conditions du legs.

Prix Barbier. — La Faculté a décerné le prix à M. Martin, dentiste à Lyon (Rhône), pour un nez artificiel avec appareil de prothèse dentaire.

Prix Chateauvillard. — La Faculté a décerné le prix de 2 000 francs à M. le docteur Proust, agrégé libre de la Faculté de Paris, pour son ouvrage sur *l'Hygiène publique ou privée et l'hygiène professionnelle.*

Elle a accordé : 1° Une mention très-honorable à M. le docteur Lacassagne, pour ses *Conférences de médecine légale;* 2° une mention honorable à M. le docteur Hennequin et à M. le docteur Manouvriez (de Valenciennes).

Prix Corvisart. — 1er prix : M. de Brun du Boisnoir, 300 francs.

2e prix : M. Augé, externe à la Charité, 100 francs.

La Faculté a décidé que le sujet du concours pour l'année 1879 serait : les *Ictères.*

Prix Montyon. — La Faculté a décerné le prix à M. le docteur Liégeois pour son travail sur une *Epidémie scarlatine.*

Prix Lacaze. — Le prix a été décerné à M. le docteur Colin, médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole militaire du Val-de-Grâce, pour ses travaux sur *la Fièvre typhoïde dans l'armée et les épidémies et milieux épidémiques.*

Thèses récompensées : 1° *Médailles d'argent.* — MM. Bouveret (Léon) : Sur une tumeur osseuse généralisée à laquelle conviendrait le nom : tumeur à ostéoblastes.

Dreyfus-Brisac (Lucien) : De l'ictère hémaphéique, principalement au point de vue clinique.

Duret (Henri) : Etudes expérimentales sur les traumatismes cérébraux.

Henninger (Arthur) : De la nature et du rôle physiologique des peptones.

Huette (Georges) : Bromure de potassium. Etude historique.

Geoffroy (Jules) : L'anatomie et la physiologie d'Aristote.

Porak (Charles) : Considérations sur l'ictère des nouveau-nés et sur le moment où il faut pratiquer la ligature du cordon ombilical.

Remy (Charles) : Recherches histologiques sur l'anatomie normale de la peau de l'homme à ses différents âges.

Tapret (Odile) : Etude clinique sur la péritonite chronique d'emblée.

2° *Médailles de bronze.* — MM. Bardet (G.), Coronado (Daniel), Calmettes (Gaston-Edouard-René), Cuffer (Louis), Dupont (Baptiste), Graux (Gaston), Joannet (Henri), Linarix (Edmond-Charles), Lavieille (Ernest), Pinet (Camille), Peton (Henri), Raulx (Adrien), Rafinesque (Félix-Gaston), Rousseau (Henri), Saleh-Choukry, Suc (Charles-Denis), Schwartz (Charles-Edouard), Tiryakian (Parseg), Torres-Melchior.

3° *Mentions honorables.* — MM. Bellon (Maurice), Butruille (Hippolyte), Boullet (Léon), Coingt (Maurice), Castaneda y Campos (J.-M.), Dziewonski (Constantin), De Brinon (Jean-Charles), Gil (Juan-B.), Guehard (Jacques), Garnier (Alfred), Moutard-Martin (Robert), Moreau (Jules-Henri), Morisset (Martial), Osman Caleb, Oulmont (Paul), Pepper (Edward), Patey (Etienne-Gédéon), Reuss (Louis-Jean-Marc), Serrand (René), Tautain (Louis-Frédéric).

Nécrologie. — Le docteur Caron, auteur d'un traité sur la puériculture. — Le docteur Davreux, rédacteur des Annales médico-chimiques de Liége. — Le docteur Mathis, mort au Sénégal des suites de la fièvre jaune. — Le docteur Perin, à Rennes.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement thérapeutique des tuberculeux(1);

Par M. le professeur PETER, médecin de la Pitié.

Maintenant, je voudrais vous parler de la *toux* des tuberculeux, de ses formes, de sa nature et des moyens à employer pour la combattre.

La toux, voilà, s'il en est un, le phénomène réflexe. Une première espèce de toux est provoquée par la présence de la granulation qui détermine une irritation de voisinage ; mais, comme la granulation ne peut être expectorée, c'est là une *toux sèche*, sans résultat, sans but utile.

Plus tard, à la période de congestion périphymique ; plus tard encore, à la période de ramollissement, il y a un produit morbide à rejeter ; la toux n'est plus un non-sens. A l'irritation se joint, comme raison de cette toux, un but à atteindre, un produit à rejeter.

Quoi qu'il en soit, il y a fatigue du malade dans les deux cas, et cette fatigue est à la fois directe et indirecte. L'individu qui tousse se fatigue *directement*, absolument comme se fatigue le portefaix qui scie du bois ou qui monte de l'eau à un cinquième étage ; puis il se fatigue *indirectement* par défaut de réparation : le scieur de bois et le porteur d'eau ont, pour se refaire, le repos de la nuit; le tousseur, lui, dort peu et dort mal; il ne répare pas. — Son état est donc grave, et il est bon de faire en sorte de diminuer la fréquence et l'intensité de ses accès. Quand la toux est sèche, vous n'avez à combattre que l'élément nerveux ; quand elle a pour but l'expectoration, vous avez en outre à amoindrir la sécrétion morbide.

En général, c'est la narcotisation qu'on emploie contre la toux, mais on l'emploie à des doses « assommantes ». Le malade, terrassé par 5 centigrammes, 10 centigrammes même d'extrait d'opium, ne tousse plus la nuit, c'est évident. Mais il se réveille le lendemain matin narcotisé encore, et il a perdu l'appétit, et

(1) Suite, voir le numéro précédent.

il est plongé dans l'état nauséeux, et ses sueurs sont augmentées ; vous avez commis une mauvaise action thérapeutique.

Ou encore, vous donnez la morphine à doses corrélatives. Puis, la tolérance s'établit ; vous doublez la dose, vous la triplez, et vous faites de plus en plus mal.

Il est cependant bon d'employer l'opium, mais d'une certaine façon et en l'associant à quelque autre agent. Or, il est un antispasmodique par excellence, la belladone ; eh bien ! c'est celui-là qu'il faut associer à l'opium.

A l'exemple de Trousseau, je donne l'opium à petites doses, et à plus petites doses encore la belladone ; attendu qu'on ne sait jamais jusqu'à quel point peut être portée la susceptibilité de certaines personnes à l'égard de ce dernier médicament. Pour l'opium d'ailleurs, l'inconvénient est mince ; un peu de narcotisme n'a rien d'effrayant : au contraire, l'angine belladonique, les troubles de la vision, les vertiges, les hallucinations, forment un cortège passablement effrayant, et qui engage fortement votre responsabilité.

Je donne donc régulièrement contre la toux, qu'elle soit suivie ou non d'expectoration, d'abord une ou deux pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait d'opium et un demi-centigramme d'extrait de belladone ; puis, j'augmente la dose, s'il n'y a pas d'effet produit : ce qui est le pire qui puisse arriver, mais ce qui n'effraye pas les malades comme pourraient le faire des accidents belladoniques.

Eh bien ! vous voyez se produire chez tous les malades un effet favorable plus ou moins complet. Laissez-moi vous parler tout de suite du n° 26 qui est arrivé ici dans un état déplorable et que la toux empêchait de dormir depuis près de trois mois. Hier, je lui ai fait donner deux des pilules en question le soir, et cette nuit il n'a presque pas toussé, et il a dormi pour la première fois depuis longtemps.

Je vous ai dit que, dans le cas d'expectoration, il y avait une autre indication, qui était de diminuer, sinon de tarir la sécrétion de la muqueuse enflammée dans le voisinage des granulations ; or, on sait que les balsamiques ont cet effet. Je donne habituellement le sirop de Tolu associé au sirop de térébenthine à la dose de 30 grammes de chacun, et le résultat est également de diminuer la toux.

Je ne suis pas arrêté ici par ce qu'on a dit de l'antagonisme de

l'opium et de la belladone. Si l'opium rétrécit les pupilles que dilate la belladone, si l'un est l'antidote de l'autre, il ne s'ensuit pas que chacun de ces médicaments ne puisse, en cas de maladie, s'adresser à des éléments morbides différents. On a fait ici ce paralogisme qui consiste à conclure de l'homme sain à l'homme malade ; ou encore, ce qui est plus illogique, de la grenouille à l'homme ! de la grenouille en bonne santé à l'homme en état de maladie ! En réalité, la belladone s'adresse ici à l'élément spasmodique de la toux chez le tuberculeux, comme elle fait chez le malade atteint de coqueluche.

Nous avions au n° 18 de la salle Saint-Charles une jeune tuberculeuse, âgée de vingt-deux ans, toussant depuis plus de six mois, ayant depuis quinze jours surtout de la dyspnée, de la perte des forces et de l'amaigrissement. Il y avait de l'anorexie, de la pesanteur d'estomac après les repas, et la nuit des quintes de toux très pénibles. Comme signes physiques, on trouvait de la submatité et de la respiration saccadée avec quelques craquements aux deux sommets. Le traitement, à l'entrée de la malade à l'hôpital, le 12 février, avait consisté en badigeonnages à la teinture d'iode aux deux sommets en arrière, en macération de quassia amara sucrée avec du sirop d'écorces d'oranges amères ; je lui avais fait donner de plus deux gouttes d'acide chlorhydrique dans deux cuillerées d'eau sucrée à la fin du repas ; et enfin, contre la toux, 2 centigrammes d'extrait thébaïque en quatre pilules. Au bout de trois jours, la malade avait un peu plus d'appétit et digérait plus facilement ; mais la toux persistait. Je fis ajouter un quart de centigramme d'extrait de belladone à chaque pilule d'extrait thébaïque, et la malade prit deux de ces pilules seulement, dont chacune contenait un demi-centigramme d'extrait thébaïque et un quart de centigramme d'extrait de belladone.

Au bout de trois jours, le 18 février, la malade toussait moins, respirait plus facilement, avait recouvré l'appétit et digérait bien. Le 1er mars, la malade a un peu toussé la nuit. Elle prend quatre des pilules en question au lieu de deux. Elle cesse presque de tousser et sort améliorée quant à son état général, sur ce motif qu'elle n'est pas assez bien nourrie à l'hôpital.

Chez un malade couché au n° 48 de la salle Sait-Paul, qui toussait beaucoup et quinteusement chaque nuit, je fis donner quatre de ces pilules contenant en réalité 2 centigrammes d'extrait thébaïque et 1 centigramme d'extrait de belladone ; et le malade

nous dit le matin avoir toussé tout autant. Le lendemain, il en prit six, il ne toussa pas, mais eut des nausées. A partir de ce jour, il ne prit plus que deux de ces pilules et continua à ne pas tousser la nuit jusque vers le milieu du mois de mai, où il quitta le service pour retourner dans son pays.

Ces pilules ne sont pas seulement bonnes en cas de toux quinteuse provoquée par les granulations tuberculeuses, elles réussissent encore dans certains cas de bronchite chronique. Ainsi, chez un vieillard de soixante-dix-huit ans, atteint de catarrhe bronchique qui occasionnait, surtout la nuit, d'interminables quintes de toux, l'usage de pilules contenant 2 centigrammes et demi d'extrait thébaïque et moitié moins d'extrait de belladone produisait le même effet sédatif. Chaque fois que ce malade se couchait le soir ou se réveillait la nuit avec des dispositions à tousser, il prenait une de ces pilules, la toux cessait et le repos de la nuit était assuré ; le résultat de l'emploi de ces pilules fut même tel que la toux cessa pour tout l'été.

La toux des tuberculeux n'est pas toujours de même origine. Ils toussent pour rejeter le produit morbide dont la présence irrite les voies respiratoires, mais ils toussent aussi et vomissent ; or ce sont là deux ordres de toux différents.

La première nous paraît fort naturelle ; nous l'entendons sans y prêter autrement d'attention. Si cependant nous examinons son mode de production, nous voyons que l'irritation porte évidemment sur des régions qu'animent des filets du pneumogastrique respiratoire, et retentit, de ces filets terminaux, sur des branches nerveuses d'origine toute différente, qui animent des muscles inspirateurs ; d'où l'effort de toux, lequel est un effet protecteur dont l'expulsion du corps irritant est la cause finale.

Voyons maintenant la toux avec *vomissement :* pour être un peu plus complexe, le mécanisme n'en est pas moins à peu près le même. Des branches terminales du pneumogastrique sont également irritées, seulement ce ne sont plus celles qui animent la muqueuse bronchique, mais celles qui se rendent à la muqueuse de l'estomac devenue spécialement irritable. Et alors ce n'est plus un produit morbide qui joue le rôle de corps irritant, ce sont les aliments ingérés. Le résultat est d'ailleurs absolument le même ; c'est un effort de toux, et cet effort de toux, dans ce cas-ci comme dans l'autre, a pour but d'amener le rejet du corps irritant. Tout à l'heure, le corps irritant siégeait dans les voies

respiratoires, et il y avait expectoration; maintenant il siège dans l'estomac, il y a vomissement. Tout à l'heure le corps rejeté était un produit morbide, l'acte était salutaire; maintenant le corps rejeté est l'aliment, et l'acte est éminemment malfaisant, puisqu'il tarit la source même de toute réparation.

On doit donc considérer cette toux des phthisiques comme une *toux gastrique* dont le point de départ primitif est dans l'estomac, et ne pas voir, comme quelques-uns, dans le rejet des aliments, le résultat purement mécanique d'un effort de toux ordinaire. Pour réfuter cette erreur, il suffit de citer des cas où une toux bien autrement quinteuse que celle des phthisiques ne produit pas de vomissements. Voyez l'asthmatique! Est-ce que ses quintes de toux ne sont pas les plus violentes, on pourrait dire les plus odieuses, qu'on puisse voir? et cependant jamais à leur suite on ne voit survenir de vomissements.

Au contraire, un phthisique mange; bientôt après, et sans douleur, il est pris d'un irrésistible besoin de tousser, mais en même temps qu'il tousse il rejette ses aliments; n'est-il pas rationnel dès lors de supposer que c'est à une irritation de la muqueuse stomacale qu'est due cette toux, analogue à la toux gastrique de certaines hystériques? Dans une autre maladie encore on vomit en toussant et par le fait de la toux, dans la coqueluche, où l'on pourrait invoquer la violence des quintes : en dehors de ces deux maladies, jamais la toux ne produit de vomissements; de sorte que, le cas échéant, on n'a plus qu'à faire le diagnostic entre elles deux.

Voilà donc une preuve pathologique que le vomissement n'est pas causé mécaniquement par la toux; voyons maintenant si nous n'en pourrons trouver aussi une preuve thérapeutique en vertu de l'axiome : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Si c'est l'état spécial d'irritabilité de la muqueuse gastrique qui amène le vomissement, on doit pouvoir, en modifiant cette sensibilité, faire cesser du même coup et la toux et le vomissement. Or, c'est précisément ce qui arrive.

Permettez-moi de vous rappeler le premier et le plus beau cas que vous ayez pu observer dans cet hôpital. Lorsque je pris le service, je trouvai, au n° 30 de la salle Saint-Charles, une jeune femme de vingt-trois ans qui, depuis trois ans, avait eu trois couches successives. A la suite de la première, elle avait commencé à tousser et à s'affaiblir, et de ses trois enfants un seul

survivait. Actuellement, et ici je cite textuellement l'observation recueillie par un élève du service : « Son état de faiblesse l'a fait entrer le 9 novembre à l'hôpital ; elle toussait alors beaucoup, crachait peu et jamais de sang. Depuis cette époque, la faiblesse et la maigreur ont été en augmentant ; elle a été prise de troubles fonctionnels du côté des voies digestives. Elle a des maux d'estomac, elle ne digère pas et *vomit* ses aliments. »

Tel était l'état de cette femme, et voici quel devait être le raisonnement : il y a, chez certains tuberculeux, et par le fait de leurs tubercules pulmonaires, une sorte d'équilibre instable dans le fonctionnement des nerfs pneumogastriques : irrités au voisinage des tubercules, ils sont irritables dans tout leur ressort fonctionnel, aussi bien dans le département stomacal que dans le cardiaque. De sorte que l'ébranlement du pneumogastrique stomacal par le contact des aliments est le point de départ d'un trouble dans l'acte fonctionnel du pneumogastrique respiratoire; d'où la toux par le repas, et, par la toux, le vomissement. Il importe donc, sans stupéfier le pneumogastrique stomacal, d'en diminuer l'irritabilité et de la ramener à son niveau physiologique. Pour atteindre ce niveau physiologique, il suffit d'employer, en petite quantité, un stupéfiant rapidement absorbant et de le donner immédiatement avant l'ingestion des aliments. C'est ainsi que la malade prit une goutte de laudanum dans une petite cuillerée d'eau avant chaque repas.

Et pourquoi pas, je suppose, une pilule de morphine? Parce que d'abord, en employant un liquide, l'action est plus rapide ; parce qu'ensuite l'absorption ne nécessite pas un travail préalable de dissolution d'une pilule qui peut fatiguer cette muqueuse si impressionnable. Vous voyez que la forme pharmaceutique sous laquelle est administré le médicament n'est pas indifférente. D'ailleurs, tout autre médicament analogue produirait le même effet, et vous m'avez vu employer en pareille occurrence une solution de morphine de 1 milligramme pour 5 grammes d'eau.

Dès le premier jour de l'administration du laudanum, les vomissements furent définitivement suspendus et la douleur disparut avec eux. Mais, la gastralgie calmée, restait la dyspepsie, qui fut traitée par un moyen emprunté à Trousseau. Voulez-vous me permettre de vous raconter comment ce maître l'avait lui-même connu ? Trousseau se trouvait un jour à table à côté d'un monsieur qui avait beaucoup voyagé, beaucoup vu et beau-

coup retenu. Il vit avec surprise celui-ci prendre après son repas une cuillerée d'eau dans laquelle il avait versé une à deux gouttes d'un liquide tiré d'une petite fiole qu'il portait sur lui. Trousseau demanda aussitôt quelle était la nature de ce liquide et le but auquel il était destiné. Alors ce monsieur raconta que, affreusement dyspeptique, il avait reçu d'un empirique américain le conseil de prendre, après chacun de ses repas, quelques gouttes d'esprit de sel dans un peu d'eau, et qu'il digérait parfaitement depuis qu'il avait adopté cette pratique. Trousseau se le tint pour dit et se promit d'essayer ce moyen aussitôt qu'il rencontrerait une dyspepsie caractérisée par cette forme particulière à laquelle on donne le nom de « pesanteur de l'estomac ».

La femme dont je vous parle prit donc trois gouttes d'acide chlorhydrique dans trois cuillerées d'eau à la fin de chaque repas, et dès lors les fonctions digestives s'accomplirent assez régulièrement pour que, le 16 décembre, notre malade nous quittât ayant repris en partie ses forces, ses couleurs et son embonpoint. Il fallait l'ausculter pour savoir qu'elle était tuberculeuse. Vous avez appris tout à l'heure une partie de son histoire; voici maintenant ce qu'on entendait à l'auscultation, d'après l'observation que j'ai déjà citée : « La percussion donne de la submatité à la partie moyenne du poumon droit; l'élasticité est légèrement diminuée. A l'auscultation, respiration assez rude au-dessous de la clavicule droite. Au sommet et en arrière, il y a des craquements. » Ces signes n'étaient pas douteux.

On se tromperait si l'on croyait que ç'ait été là une amélioration transitoire et de courte durée. Un élève du service est passé la voir il y a quelques jours ; elle-même est venue rendre récemment visite à la religieuse : elle est toujours relativement aussi bien portante ; tuberculeuse, elle n'est pas encore phthisique.

C'est là, messieurs, un fait extrêmement consolant de voir qu'on peut enrayer l'évolution de la phthisie, en mettant un terme aux vomissements et à la dyspepsie.

Maintenant voici un cas dont vous avez pu être, plus récemment encore, les témoins au n° 21 de la salle Saint-Paul. Il s'agissait d'un homme de quarante-sept ans, qui toussait depuis six mois environ et avait eu déjà une hémoptysie, lorsqu'il entra ici le 20 juillet. Un séjour d'un mois à Saint-Louis n'avait pas beaucoup amélioré son état, et il était très affaibli et très amaigri quand il nous arriva. Depuis quinze jours environ, il vomissait

tous ses aliments. Je passe rapidement sur les autres symptômes (diarrhées, sueurs nocturnes) et sur les signes physiques (matité aux deux sommets avec craquements secs et râles sous-crépitants).

Le 21 juillet, on institua un traitement général, et (je cite la feuille d'observation) « contre les vomissements on lui administra deux gouttes de laudanum dans une cuillerée d'eau avant les repas.

« Le lendemain, le malade ne vomissait plus. On continua le laudanum, et depuis qu'on le lui administre les vomissements ont été tout à fait supprimés. »

Il est évident qu'avec deux gouttes de laudanum vous ne sauriez stupéfier tout le système nerveux, mais qu'il y a simplement une action topique et de contact sur les expansions terminales du pneumogastrique dans la muqueuse de l'estomac, dont vous avez ainsi diminué la sensibilité exagérée et décidément morbide.

J'insiste sur cette théorie et sur ce point de fait, parce que je ne voudrais pas vous voir donner des doses trop fortes, qui n'aboutiraient qu'à supprimer l'appétit en narcotisant la muqueuse au lieu d'en émousser simplement la sensibilité. (Et permettez-moi de vous rappeler, alors précisément que je vous parle de cette sensibilité exagérée, la réussite obtenue par le même moyen sur trois cancéreux de l'estomac de notre service, dont les vomissements se sont ainsi arrêtés.)

Cependant il est des cas où échouent les préparations opiacées prises comme il vient d'être dit; c'est surtout alors qu'il existe de la douleur au creux de l'estomac, alors que le trouble du pneumogastrique stomacal s'est élevé jusqu'à la gastralgie ; dans ces cas, un petit vésicatoire volant de 5 centimètres carrés, appliqué à l'épigastre, ou concurremment avec de petites doses d'opiacés à l'intérieur, fait justice du vomissement.

D'autre fois, en ces cas de gastralgie symptomatique, c'est à l'injection hypodermique de morphine qu'il faut recourir — et le plus souvent c'est avec succès.

Enfin — il est bon de le dire — vous trouverez des cas absolument rebelles à tous ces moyens ; mais c'est le petit nombre. Et, le plus habituellement, la persistance et l'alternance dans l'emploi des moyens précédents finissent par triompher du symptôme.

En définitive, dans le vomissement par la toux, il faut com-

prendre qu'il y a réaction du pneumogastrique de l'estomac sur les nerfs expirateurs, d'où la toux ; puis réaction de la toux sur l'estomac, d'où le vomissement.

(*A suivre.*)

Note sur l'action tænifuge du sulfate de pelletiérine ;

Par le docteur Bérenger-Féraud, médecin en chef de la marine, membre correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.

Dans le numéro du 15 novembre 1878, j'ai entretenu les lecteurs du *Bulletin* de mes essais touchant l'action tænifuge de l'écorce de tige de grenadier. Je leur demande la permission de leur parler aujourd'hui des résultats que j'ai obtenus en employant la pelletiérine, alcaloïde extrait de cette écorce.

La pelletiérine qui m'a servi a été gracieusement mise à ma disposition par M. Ch. Tanret, qui le premier l'a isolée, on le sait, et qui a présenté sur son compte de très intéressantes notes à l'Académie des sciences dans le courant de 1878 ; elle était à l'état de sulfate. Elle m'a été envoyée par le savant chimiste de Troyes dans de petits flacons, mélangée à 10 ou 20 grammes de sirop simple ; de sorte que je ne l'ai vue que sous forme d'un liquide sirupeux, incolore, limpide et sans odeur bien marquée. Mes essais ont porté jusqu'ici sur douze doses réparties de la manière suivante :

40	centigrammes	de sulfate	de pelletiérine :	3	doses.
50	—	—	—	8	—
65	—	—	—	1	—

Disons d'abord comment j'ai procédé dans mes essais, afin que ceux qui voudront s'occuper de cet alcaloïde aient tous les éléments pour comparer leurs résultats aux miens. Le sujet, se présentant à l'hôpital avec le diagnostic *tænia*, a été laissé au régime ordinaire jusqu'à ce qu'il ait montré des selles excrétées par lui devant un infirmier et contenant manifestement quelques anneaux de tænia. J'ai prescrit alors 2 litres de lait et un morceau de pain pour son repas du soir.

Le lendemain matin, le malade étant couché, j'ai versé la pel-

letiérine mélangée au sirop dans un verre contenant 150 grammes d'eau, et j'ai fait placer sur la têtière du lit un autre verre contenant 200 grammes d'eau pure. La moitié du médicament a été ingurgitée devant moi et j'ai prescrit à l'intéressé de rester étendu sans s'agiter, tenant les yeux fermés. Cinq minutes après, un infirmier lui a fait boire 100 grammes d'eau pure, puis, cinq minutes étant encore écoulées, il a avalé le restant du médicament, et enfin cinq minutes après, il a bu les derniers 100 grammes d'eau simple, gardant dans l'intervalle la position horizontale et tenant les yeux fermés. En somme, l'ingestion s'est effectuée à dix minutes d'intervalle, et dans l'espace de vingt minutes environ le sujet a pris la pelletiérine additionnée de 300 à 350 grammes d'eau pure à la température ordinaire. Deux heures après l'ingestion de la pelletiérine, le sujet étant resté jusque-là couché et les yeux fermés, on a donné, onze fois sur douze, 30 grammes d'huile de ricin émulsionnée avec 15 grammes d'alcool de menthe et 15 grammes d'eau sucrée, et lorsque, quatre heures après le purgatif, les selles ne s'étaient pas montrées, on a ajouté un lavement purgatif. Une seule fois sur douze, on a donné 40 grammes de sulfate de soude dissous dans 100 grammes d'eau. Voici les observations sommaires recueillies au lit du malade.

Obs. I. — *Tænia inerme ; 40 centigrammes de sulfate de pelletiérine ; expulsion de quelques anneaux seulement ; quatre autres tentatives d'expulsion avec d'autres tænifuges absolument sans résultat.* — Kervisic, âgé de vingt-trois ans, matelot, Côtes-du-Nord ; tænia contracté en Cochinchine il y a trois mois ; pas de traitement jusqu'ici ; entré à Saint-Mandrier le 10 février 1879. Les anneaux sont constatés le 11 ; 2 litres de lait avec du pain pour le repas du soir.

Le 12, j'administre, à 9 heures du matin, 40 centigrammes de sulfate de pelletiérine de la manière indiquée précédemment. Dix ou douze minutes après l'ingestion, sensation de brouillard devant les yeux, malaise, bouffées de chaleur, moiteur de la peau, vertiges, pas de nausées, fourmillements très légers dans les doigts. Deux heures après, tout phénomène anormal est dissipé ; on donne 30 grammes d'huile de ricin émulsionnée. Quatre heures après, il n'y a eu encore aucune selle, le sujet n'éprouve même pas de gargouillements intestinaux ; lavement purgatif suivi d'un lavement émollient. Une heure après, plusieurs selles contenant seulement des anneaux désagrégés pour la plupart et pouvant faire une longueur de 10 à 20 centimètres, si on les avait mis bout à bout.

En présence de cet insuccès je donne, le 15 février, 20 grammes de Kousso, et deux heures après 30 grammes d'huile de ricin ; il n'est expulsé que quelques rares anneaux. Le 17 février, à la demande du malade, administration de 60 grammes de semences de courge mondées ; huile de ricin ; expulsion de quelques anneaux, une douzaine environ seulement.

Le 19, le sujet, plein du désir de se débarrasser du tænia, prend une nouvelle dose de semences de courge et huile de ricin ; il n'y a absolument pas d'anneaux dans les selles.

Le 21, 100 grammes d'écorce fraîche de grenadier sont mis à décocter dans 750 grammes d'eau à réduire à 500 ; huile de ricin ; pas un seul anneau n'est trouvé dans les selles.

Le 22, Kervisic est mis exéat, quatre essais variés n'ayant pu obtenir l'expulsion de l'helminthe après l'administration de la pelletiérine.

Obs. II. — 40 *centigrammes de pelletiérine ; expulsion d'un tænia jusqu'à la portion rétrécie, mais sans la portion effilée.* — Montanard, vingt ans, Var, caporal d'infanterie de ligne. N'a jamais quitté la France ; entré le 17 janvier 1879 à Saint-Mandrier, pour pleurésie ancienne, palpitations, dyspepsie. Cet homme assez débile a fait à plusieurs reprises usage de viandes saignantes. Il dit avoir le tænia depuis un an et n'avoir fait encore aucun traitement pour l'expulser. Des anneaux sont constatés le 7 février.

Le 8 février, administration de 40 centigrammes de pelletiérine ; les phénomènes de vertiges, d'obscurcissement de la vue, de crampes dans les mollets, de fourmillements dans les doigts, se montrent peu après l'ingestion et durent environ trois quarts d'heure sans présenter une grande intensité. Deux heures après, administration de 30 grammes d'huile de ricin émulsionnée. Quatre heures après, une selle contenant 5 mètres de tænia mort avec la portion rétrécie, mais la partie effilée et la tête manquaient.

Persuadé qu'après une telle expulsion il faudra deux ou trois mois au ver pour reprendre des dimensions suffisamment grandes, nous ne tentons pas d'autre médication tænifuge pour le moment.

Obs. III. — *Tænia inerme; sulfate de pelletiérine,* 40 *centigrammes ; huile de ricin ; expulsion du ver avec la tête.* — Mathon, vingt-cinq ans, matelot chauffeur, Lot-et-Garonne ; tænia contracté en Cochinchine il y a huit mois, n'a encore fait aucun traitement. Entré le 7 février 1879 à Saint-Mandrier ; des anneaux sont constatés dans les selles le 9 ; 2 litres de lait et du pain pour le repas du soir.

Le 10, je lui administre 40 centigrammes de sulfate de pelletiérine ; dix minutes après l'ingestion, malaise, bouffées de chaleur, quelques vertiges, éblouissements, nausées; pas de modification du pouls ni de la température du sujet. Deux heures après, tout phénomène insolite a disparu ; 30 grammes d'huile de ricin émulsionnée.

Quatre heures après le purgatif, expulsion d'un tænia mort de 5 à 6 mètres de longueur avec la tête.

Obs. IV. — *Tænia contracté à Toulon;* 50 *centigrammes de sulfate de pelletiérine; expulsion du ver avec la tête.* — M. le docteur B... a contracté le tænia à Toulon en faisant usage de viande crue au retour d'une longue campagne dans l'océan Pacifique. Cinquante ans, constitution fatiguée par la navigation et le séjour colonial. Me demande une dose de sulfate de pelletiérine qu'il prendra d'après les indications que je lui fournirai. Peu après l'ingestion du médicament (dix à douze minutes), les phénomènes d'intoxication se montrent assez énergiquement ; malaise, bouffées de chaleur alternant avec de la sueur qui devient froide peu après, senti-

ment de fatigue, de dépression musculaire; étourdissements, vertiges, manque de synergie dans les mouvements, vue trouble, sensation d'un brouillard devant les yeux, la lecture est impossible, diplopie. Tous ces phénomènes durent environ deux heures et cessent peu à peu. A ce moment, huile de ricin, 30 grammes ; l'action purgative ne semble pas devoir se produire ; lavement émollient qui ne fait rien évacuer; lavement salin qui provoque une selle dans laquelle était un tænia inerme de plusieurs mètres de longueur avec la tête.

Tout le corps paraissait privé de vie, mais la tête, mise sur le porte-objet du microscope presque aussitôt son expulsion, était douée encore de quelques mouvements.

Obs. V. — *Tænia; sulfate de pelletiérine,* 50 *centigrammes; succès complet.* — Robert, âgé de dix-neuf ans, matelot voilier, s'est aperçu qu'il a le tænia il y a un mois, étant embarqué sur un navire en station sur les côtes de Grèce. Entré à Saint-Mandrier, le 14 mars 1879, pour bronchite et tænia. Le 17, des anneaux sont constatés dans les selles, on donne 3 litres de lait pour tout aliment. Le 18, 50 centigrammes de sulfate de pelletiérine ; deux heures après, 30 grammes d'huile de ricin ; vertiges intenses, peu de nausées, troubles de la vue ; deux heures après la purgation, expulsion d'un tænia de 6 mètres et demi avec la tête.

Obs. VI. — *Tænia ; sulfate de pelletiérine,* 50 *centigrammes ; expulsion du ver avec la portion effilée sans qu'on ait trouvé la tête.* — Le Yaudet, vingt et un ans, né dans les Côtes-du-Nord, matelot, portant depuis quinze mois un tænia contracté à la Réunion, n'a jamais fait de traitement. Entré le 5 février 1879 à Saint-Mandrier. Le 7, les anneaux sont constatés dans les selles ; 3 litres de lait pour nourriture. Le 8, 50 centigrammes de sulfate de pelletiérine. Deux heures après, 30 grammes d'huile de ricin émulsionnée ; pas de selles jusqu'à l'administration d'un lavement purgatif. Huit heures après, expulsion d'un tænia de 7 à 8 mètres de long avec la portion rétrécie et la plus grande partie de la longueur de la portion effilée; mêmes phénomènes que chez les autres sous le rapport des troubles de la vue, pas de nausées, vertiges, fourmillements.

Obs. VII. — *Tænia; sulfate de pelletiérine,* 50 *centigrammes ; expulsion avec la partie effilée sans qu'on ait trouvé la tête.* — M. X..., officier, trente ans, ayant contracté le tænia au Sénégal il y a dix-huit mois. Divers essais infructueux pour s'en débarrasser. Le 18 mars 1879, 50 centigrammes de pelletiérine; deux heures après, 20 grammes d'huile de ricin, répétés deux fois en deux heures (ce qui fait 60 grammes) ; vertiges, nausées, état très pénible, pas de selles pendant plusieurs heures ; enfin, sous l'influence de plusieurs lavements salins, expulsion du tænia avec la partie amincie et un peu de la partie effilée ; la tête n'a pu être trouvée, mais il est très probable qu'elle a été expulsée.

Obs. VIII. — *Tænia inerme; sulfate de pelletiérine,* 50 *centigrammes ; expulsion d'un tænia avec la partie rétrécie et une bonne partie de la portion effilée, mais sans la tête.* — Genneret, vingt-quatre ans, né à Paris, quartier-maître mécanicien, entré le 19 mars 1878, atteint de tænia contracté en Cochinchine depuis le mois de janvier ; pas de traitement antérieur. Les anneaux étant constatés le 20, on donne 2 litres de lait le soir,

et le 21, à 9 heures 30 minutes du matin, on administre le sulfate de pelletiérine à la manière précitée. Au moment de l'ingestion, le pouls est à 68, la température à 37 degrés. Dix minutes après l'ingestion de la première dose, et sans que le pouls ni la température aient encore varié, Genneret accuse quelques troubles visuels ; il lui semble qu'il a un brouillard devant les yeux, éprouve de la difficulté à ouvrir les paupières.

9 heures 45 minutes. — Ingestion de la seconde et dernière portion du médicament ; dix minutes après, pouls à 68 ; température, 36°,8 ; les troubles visuels persistent et augmentent, la pesanteur des paupières est très marquée, vertiges, fourmillements dans les doigts et les orteils.

10 heures 15 minutes. — Cet état est de plus en plus accentué ; lassitude générale, douleurs vagues dans les membres ; pouls à 60 ; température, 36°,8. Le poûls est irrégulier, un peu intermittent, mêmes bouffées de chaleur à la face, moiteur assez marquée.

11 heures. — Même état ; les troubles de la vue persistent, les vertiges diminuent, douleurs erratiques dans les membres, fourmillements dans les mollets, les orteils et les doigts ; pouls à 72 ; température, 36°,8. Le pouls est redevenu plus plein et plus régulier.

11 heures 30 minutes. — Les paupières sont moins lourdes, crampes dans les membres, surtout aux mollets et aux mains.

Midi. — Les troubles de la vue disparaissent, encore quelques vertiges ; pouls à 64 ; température, 36°,5 ; les crampes ont cessé depuis un instant ; 40 grammes de sulfate de soude.

2 heures. — Le malaise a presque entièrement disparu ; pouls à 72 ; température, 36°,9 ; encore un peu d'étourdissement : le malade compare son état à celui d'un homme qui a légèrement bu.

3 heures. — L'état normal est entièrement revenu, pas de selles ; lavement purgatif au séné et au sulfate de soude.

5 heures. — Une première selle diarrhéique pendant laquelle il expulse 6 mètres de tænia mort avec la portion rétrécie et la majeure partie de la portion effilée, mais il manque, je crois, une longueur de 15 centimètres environ de cette portion pour faire la totalité de l'helminthe ; l'examen le plus minutieux de cette selle et des deux suivantes n'a pas décelé cette partie du ver.

Obs. IX. — *Tænia; sulfate de pelletiérine,* 50 *centigrammes; expulsion de deux tænias avec la tête.* — Michel, soldat d'infanterie de marine, Alpes-Maritimes ; tænia de Cochinchine depuis cinq mois, pas de traitement ; entré le 18 mars 1879 à Saint-Mandrier ; des anneaux sont constatés le 19, régime lacté. Le 20, 50 centigrammes de sulfate de pelletiérine. Au moment de l'ingestion de la pelletiérine : pouls, 72 ; température, 37 degrés. Dix minutes après l'ingestion (10 heures 15 minutes), vertiges, brouillard devant les yeux, lassitude générale, douleurs vagues dans les membres : température, 36°,8 ; pouls, 62, très irrégulier.

10 heures 30 minutes. — Vomissement d'un quart du liquide ingéré, nausées.

11 heures. — Persistance des troubles, les nausées sont dissipées ; température, 37°,6 ; pouls, 60 ; 30 grammes d'huile de ricin émulsionnée.

11 heures 30 minutes. — L'état de malaise a presque disparu, plus de troubles de la vision, presque plus de vertiges, encore un peu d'engourdissement des membres ; température, 36°,8 ; pouls, 65.

2 heures 30 minutes. — Le malade est entièrement remis, pas de selles; lavement purgatif.

5 heures du soir. — Expulsion de deux tænias avec leur tête.

Obs. X. — *Sulfate de pelletiérine, 50 centigrammes; expulsion d'un tænia avec partie effilée, mais la tête n'est pas retrouvée.* — Gestin, trente-cinq ans, second maître de manœuvre, atteint de tænia contracté en Cochinchine il y a quatre mois, entré le 17 mars 1879 à Saint-Mandrier ; les anneaux sont constatés le 18; régime lacté le soir. Le 19, 50 centigrammes de sulfate de pelletiérine et 30 grammes d'huile de ricin deux heures après. Deux heures plus tard, lavement purgatif; phénomènes ordinaires de la pelletiérine, vertiges, troubles visuels, fourmillements, pas de nausées ; expulsion d'un tænia avec la partie rétrécie et la majeure partie de la portion effilé, mais la tête n'a pas été retrouvée.

Obs. XI. — *Tænia ; insuccès de l'écorce de tige ; 65 centigrammes de sulfate de pelletiérine ; aucune expulsion.* — Marchadour, vingt-trois ans, Finistère, matelot ; tænia de Cochinchine, traité sans succès en septembre 1878 par l'écorce de tige de grenadier; expulsion de $1^{m},50$ de la partie large du ver; entré de nouveau à Saint-Mandrier en mars 1879. Le 19, des anneaux sont constatés, régime lacté le soir. Le 20, 65 centigrammes de sulfate de pelletiérine et huile de ricin ; phénomènes d'intoxication très marqués pendant deux heures ; lavement purgatif ; trois selles, n'a pas rendu de tænia, pas même quelques anneaux.

Obs. XII. — *Tænia de Cochinchine ; 50 centigrammes de sulfate de pelletiérine ; succès.* — M. X..., vingt-quatre ans, tænia de Cochinchine. Le 18 février 1879, 50 centigrammes de sulfate de pelletiérine d'après les errements des autres observations. Vertiges, troubles visuels, fourmillements, etc., etc. ; huile de ricin ; lavement purgatif deux heures après ; expulsion d'un tænia avec sa tête.

Ces douze essais ne constituent pas un chiffre bien élevé, mais cependant, en venant s'ajouter aux recherches de M. Dujardin-Beaumetz, de M. de Laboulbène et C. Paul (*Bull. de Thérap.*, 1878, t. XCV, p. 93), ils peuvent, je crois, commencer à donner une idée de l'action du sulfate de pelletiérine dans le traitement du tænia; ils fourniront aussi quelques renseignements sur l'action physiologique de l'alcaloïde, étant complémentaires des expériences que M. Ch. Tanret, lui-même, a entreprises précédemment (*Bull. de Thérap.*, 1878, t. XCIV, p. 455).

L'ingestion de la pelletiérine n'a provoqué, à la dose de 14 centigrammes, entre les mains de M. Tanret, que des phénomènes peu accentués : abaissement du rhythme du pouls ; quelques tournements de tête pendant dix minutes. A la dose de 40 centigrammes, de 50 et surtout de 65, elle a produit des effets qui révèlent une action énergique de l'alcaloïde, une véritable in-

toxication, à proprement parler. Ces phénomènes ont été, pour ce qui est de leur intensité, en relation avec la dose de médicament absorbé ; et ils sont allés en augmentant assez rapidement pour que nous ayons eu la pensée que la pelletiérine ne doit pas être prescrite sans quelque attention au-dessus de 40 centigrammes chez les femmes débiles et les enfants ; qu'elle ne serait pas sans présenter quelques inconvénients, sinon quelques dangers, aux doses de 2 grammes chez un adulte, et, autant que nous pouvons le déduire de nos trop peu nombreux essais, la dose anthelminthique variera entre 40 et 60 centigrammes.

Les phénomènes produits par la pelletiérine ne sont en somme que l'exagération de ceux qu'on a notés dans l'ingestion de la décoction d'écorce de grenadier à dose assez élevée (100 à 120 grammes); ils ont consisté, on le voit, dans des vertiges, la sensation d'un brouillard dans les yeux, la pesanteur des paupières ; chez deux individus il y a même eu de la diplopie, des crampes dans les muscles des mollets et des avant-bras, des fourmillements dans les doigts et les orteils ; chez cinq individus sur douze des nausées, et chez deux des vomissements.

Il m'a semblé que les phénomènes d'impression douloureuse sur l'estomac ont été sensiblement moindres sous l'influence de la pelletiérine que sous celle de l'écorce de grenadier administrée en décoction, et la chose semble rationnelle, *à priori*, quand on songe qu'une ingestion de liquide chargé de tannin dans un estomac vide et à jeun depuis la veille au soir doit être notablement plus agressive que celle d'une demi-verrée d'eau sucrée contenant un alcaloïde dont l'action topique est certainement moins astringente. Cependant la pelletiérine, comme l'écorce de grenadier, me paraît devoir entraîner plus d'une fois le vomissement.

Le sulfate de pelletiérine n'a pas d'action purgative ; au contraire, il m'a semblé qu'il était plus difficile de provoquer les selles chez ceux qui l'avaient pris, que chez ceux qui avaient absorbé la décoction d'écorce de grenadier. Non seulement il a fallu donner un purgatif à l'huile de ricin pour obtenir des selles, mais encore a-t-il fallu plusieurs fois ajouter, trois ou quatre heures après cette ingestion de l'huile de ricin, un lavement purgatif sous peine de ne pas voir se produire d'évacuation alvine.

Je crois que la difficulté d'obtenir des selles après l'ingestion de la pelletiérine est de nature à faire retrouver la tête de l'helminthe moins souvent qu'on aurait le droit de l'espérer, de sorte

que, bien que l'animal ait été tué et expulsé, on peut avoir pendant quelque temps des doutes au sujet de la guérison. Je m'explique: Dans la plupart des cas soumis à mon observation l'helminthe évacué était non seulement mort, mais encore me paraissait avoir été tué depuis longtemps, car il présentait çà et là des signes manifestes de digestion. Or, comme l'agression des sucs intestinaux sur la bête morte est d'autant plus avancée naturellement que la portion est moins volumineuse, il s'ensuit que c'est la partie effilée qui est la plus altérée, par conséquent qui est la plus facilement fragmentée.

Cette particularité me paraît indiquer qu'il est nécessaire de chercher le moyen de provoquer les selles aussitôt que possible après l'ingestion de l'alcaloïde; peut-être vaudrait-il mieux, par conséquent, donner le purgatif une demi-heure après au lieu d'attendre deux heures. Mais comme c'est le moment où il y a le plus de vertiges et où les nausées se montrent, quand elles doivent se présenter, il faudrait recourir à un purgatif n'ayant pas de goût nauséeux. On le voit, j'arrive à penser ce que M. Dujardin-Beaumetz a dit déjà à la Société de thérapeutique, et il est possible qu'en associant la pelletiérine à la teinture composée de jalap et au sirop de séné, par exemple, on allie les deux indications de l'action tænicide et de l'action évacuante capable de favoriser la première (1).

Quoi qu'il en soit, en supputant les résultats thérapeutiques de ces douze essais, nous voyons que le sulfate de pelletiérine a provoqué l'expulsion du tænia dans cinq cas sur douze, sans qu'on puisse élever le moindre doute sur le succès (obs. III, IV, V, IX et XII). Dans ces cinq faits, les phénomènes physiologiques ne nous ont paru ni plus forts, ni plus faibles que dans les cas où l'helminthe n'a pas été expulsé.

Le ver a été rendu encore vivant en partie dans un seul cas, et encore était-il privé de tout mouvement dans la plus grande partie de sa longueur; dans les quatre autres cas, il était non seulement mort, mais on voyait déjà des traces de l'action des sucs digestifs sur son corps. Cette particularité a, je crois, grand intérêt, car, si dans les observations ultérieures on notait le même

---

(1) J'ai depuis donné quatre fois la teinture de jalap à la dose de 30 grammes peu après l'ingestion du tannate de pelletiérine et j'ai obtenu, trois fois, deux heures après, le tænia avec la tête.

phénomène, on serait porté à en inférer avec plus d'assurance, comme je l'ai dit tantôt, que la pelletiérine agit en empoisonnant le ver d'une manière assez énergique pour le priver de la vie avant sa sortie de l'intestin.

Trois autres fois sur douze (obs. VI, VII et VIII) la tête n'a pu être retrouvée, mais j'ai tout lieu de penser qu'on peut admettre aussi que l'expulsion a été complète et que, bien qu'elle n'ait pas été retrouvée, cette tête a été expulsée. Je n'ai pas voulu porter ces trois cas dans le chiffre des succès assurés, parce que je me suis absolument imposé de ne considérer comme tels que les faits dans lesquels j'avais constaté moi-même la présence du scolex initial. Mais néanmoins, je le répète, on peut admettre comme probable l'expulsion complète dans ces trois observations ; car dans ces cas, le ver est sorti fragmenté surtout dans ses portions rétrécie et effilée ; les anneaux se désagrégeaient assez facilement aux moindres efforts, étant comme à demi digérés déjà, pour qu'on puisse parfaitement croire que des recherches suffisamment minutieuses dans les matières fécales eussent peut-être montré cette extrémité céphalique, ou bien que, même alors que cette extrémité n'eût pas été retrouvée, on eût pu admettre la probabilité de la guérison.

Dans deux cas (obs. II et X) l'helminthe a été expulsé incomplètement, c'est-à-dire qu'il n'est sorti que la partie rétrécie ; la portion effilée, qui précède la tête dans une longueur de 25 à 40 centimètres, est restée dans le tube intestinal, et, si je ne me trompe, il y a de très grandes chances pour que, dans un laps de temps de quelques mois, nous voyions de nouveau le sujet expulser des anneaux d'un tænia ayant plusieurs mètres de longueur. Dans ces deux cas le ver avait encore quelques mouvements et on peut admettre que sous l'influence du vermifuge il s'est fragmenté, dès le début, assez près de la tête pour que celle-ci n'ait plus présenté une surface suffisante soit pour l'intoxication, soit pour l'expulsion mécanique.

Enfin, dans deux cas (obs. I et XI) il y a eu insuccès complet. Dans l'observation I, quelques anneaux sortirent sous l'influence de la pelletiérine, mais ils étaient désagrégés pour la plupart et auraient à peine pu faire une longueur de 10 à 15 centimètres. Ils étaient assez étroits pour pouvoir être rattachés à la portion rétrécie de l'helminthe. Il est à remarquer que quatre autres tentatives avec le kousso, la courge et enfin l'écorce de grenadier à la

dose de 100 grammes n'ont produit absolument aucun effet; de sorte qu'on peut rationnellement penser que Kervisic avait un tænia peu volumineux encore, et que la pelletiérine a fait sortir une portion telle de sa longueur, que le restant a pu se soustraire par son petit volume à l'action des tænifuges employés ensuite. On sait, en effet, que, pour que l'expulsion du tænia se fasse d'une manière relativement facile, il faut qu'il présente un certain développement. Or, si l'hypothèse que j'émets est exacte, on voit que l'insuccès actuel aurait une signification moins importante que ce qu'on est disposé à penser de prime abord.

Pour ce qui est du second insuccès complet (obs. XI), on a vu que le sujet avait subi une première tentative d'expulsion du tænia à l'aide de l'écorce de tige de grenadier, au mois de septembre 1878. Je n'avais, à cette époque, constaté que l'expulsion de la partie large et à peine quelques anneaux de la partie rétrécie. Quand il est revenu à Saint-Mandrier, en mars 1879, il rendait de temps en temps quelques anneaux très petits et je pensai en les voyant qu'ils appartenaient encore à cette portion rétrécie. Je voulus néanmoins essayer le médicament dans des conditions que je considérais comme défavorables, et je donnai 65 centigrammes d'alcaloïde, pensant ainsi rendre les chances d'expulsion plus nombreuses ; il n'en fut rien, mais je dois noter que j'ai gardé Marchadour en observation à l'hôpital ; il n'a plus rendu aucun anneau de tænia depuis l'emploi de la pelletiérine, et je me propose de voir par quels moyens on pourra ultérieurement provoquer l'expulsion de l'helminthe.

Il serait téméraire de formuler une opinion bien arrêtée sur des cas aussi peu nombreux ; mais si le lecteur me permet de faire appel à d'autres observations, je lui dirai que les auteurs ont recommandé depuis longtemps de n'essayer de faire sortir le tænia que lorsqu'on pense qu'il est assez volumineux, parce qu'on a cru remarquer qu'il est plus facile à chasser de l'intestin alors ; les insuccès de Kervisic et de Marchadour s'expliquent dès lors plus facilement, et l'impuissance de la pelletiérine dans ces deux cas serait il me semble moins à mettre au passif du médicament qu'on ne serait porté à le croire du premier coup ; en effet, il faut, dans une opération quelle qu'elle soit, que divers éléments concourent d'une manière synergique pour arriver à de bons résultats. Par conséquent, on est autorisé à dire que, pour la pelletiérine, comme pour les autres tænifuges, il faut encore, si on veut que le

succès soit obtenu, que le sujet soit placé dans certaines conditions, celle du développement suffisant du ver, par exemple.

En résumé, si nous nous en tenons aux chiffres que nous venons de fournir, nous voyons que le sulfate de pelletiérine a provoqué 5 ou 8 fois, probablement 8 fois, l'expulsion sur 12 tentatives : soit 41 ou 66 pour 100 de succès. Je ferai remarquer que, si on élimine les deux faits de Kervisic et de Marchadour, ce qui pourrait très bien être fait après ce que je viens de dire, on aurait 50 à 80 pour 100 de proportion. Mais, de peur de tomber dans cette erreur si habituelle aux expérimentateurs, tenons-nous-en aux premiers chiffres, et nous pouvons en conclure que, dans une série qui ne peut être considérée comme spécialement heureuse, l'expulsion de l'helminthe a été obtenue dans à peu près la moitié des cas avec le sulfate de pelletiérine. Or, qu'on ne s'y trompe pas, les meilleurs tænifuges connus jusqu'ici, l'écorce de racine ou de tige de grenadier fraîche elle-même, ne donnent pas des résultats beaucoup plus favorables, et à ce titre le sulfate de pelletiérine se pose du premier coup au rang des meilleurs moyens que nous ayons d'expulser le tænia.

Qu'on me permette d'ajouter cette particularité : je n'ai pas la prétention d'avoir saisi du premier coup le meilleur mode d'administration du sulfate de pelletiérine ; il est possible que, donnant 60 centigrammes en deux fois, à une demi-heure, à une heure, à deux heures d'intervalle au lieu de dix minutes ; ou bien au contraire en l'administrant en une seule fois et en donnant concurremment un purgatif, on arrive à de meilleurs résultats, de sorte que les chiffres que je viens de donner me paraissent devoir être considérés comme un minimum qui pourra être plus ou moins élevé ultérieurement par une pratique plus habile.

Quoi qu'il en soit, et ne dussions-nous pas voir le sulfate de pelletiérine réussir dans une proportion plus grande que celle que j'ai obtenue, nous aurions encore à applaudir à sa découverte et à son introduction dans la thérapeutique. Le savant chimiste de Troyes a rendu là un service qu'on ne saurait mettre en doute; car l'ingestion de la pelletiérine n'ayant rien de désagréable, alors que celle de la décoction de racine de grenadier constitue un horrible supplice pour beaucoup, que celle du kousso, de la graine de de courge, n'ont rien qui plaise beaucoup aux malades, il y ain contestablement un sérieux progrès sur la pratique des temps passés.

M. Tanret a bien voulu m'envoyer gracieusement plusieurs

doses de tannate de pelletiérine, qui a peut-être une action plus efficace que le sulfate, et, comme le nombre des entrées pour tænia a été de 128 à l'hôpital Saint-Mandrier pendant l'année 1878, je crois que je les aurai essayées dans un temps prochain. Je me hâterai de faire savoir aux lecteurs du *Bulletin* les résultats que j'aurai obtenus. Mais je crois, en attendant, pouvoir terminer ma présente communication par les expressions propres de M. Dujardin-Beaumetz, un des thérapeutistes les plus autorisés dans la question : « On peut considérer le sulfate de pelletiérine comme un anthelminthique puissant.» (*Bull.de Thérap.*, loc. cit , p. 93) (1).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la valeur comparative du pansement de Lister et du pansement par l'alcool (2) ;

Par le professeur Maurice Perrin, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.

Je ne trouve rien ou à peu près rien à leur opposer en ce qui concerne le pansement avec l'alcool. Et pourtant un certain nombre de chirurgiens, plusieurs de nos collègues, et en particulier MM. Guyon, Delens, Léon Le Fort, l'ont employé : ils en disent du bien, ils lui reconnaissent des avantages. Ils en ont attentivement étudié l'action au point de vue pathologico-physiologique. Mais personne n'a fourni une statistique un peu importante et qui puisse être comparée à celles de MM. Saxtorph et Volkmann en particulier. Ceci veut dire évidemment qu'il ne s'est pas encore produit un sérieux mouvement d'opinion en faveur des pansements par l'alcool. Ce mouvement, je voudrais le voir arriver, et voilà pourquoi j'ai demandé la parole, et pourquoi je me décide enfin à mettre au jour une statistique déjà vieille, mais qui

(1) Le 8 avril 1879, au moment où je corrigeais les épreuves de cette note, un artilleur auquel j'avais donné 50 centigrammes de tannate de pelletiérine trois quarts d'heure après l'ingestion de 30 grammes de teinture de jalap composée, a rendu douze tænias inermes avec leur tête et mesurant ensemble plus de 50 mètres. — Lire dans le *Journal de Thérapeutique*, n° 6, 25 mars 1879, une observation du docteur Landrieux sur l'expulsion d'un tænia par le tannate de pelletiérine.

(2) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

commencée. Heureusement la gravité des opérations et les conditions dans lesquelles elles ont été pratiquées compensent un peu leur petit nombre.

J'ai pu suivre, durant les deux sièges de Paris, 19 de mes
n'a pas grossi au gré de mes désirs depuis l'époque où elle a été
blessés qui avaient été opérés dans les conditions nosocomiales peu satisfaisantes que tout le monde connaît. J'y ai ajouté 2 opérations faites depuis. Ces 21 opérés sont classés de la façon suivante :

1 désarticulation coxo-fémorale primitive ; 1 amputation de cuisse ; 3 amputations de jambe ; 2 évidements du tibia ; 1 évidement du calcanéum et du cuboïde ; 1 évidement du quart inférieur du tibia ; 1 évidement du calcanéum ; 1 désarticulation du deuxième métacarpien ; 1 amputation sous-astragalienne ; 1 amputation de l'avant-bras ; 1 résection du coude ; 1 trépanation ; 5 désarticulations scapulo-humérales ; 1 ligature de l'iliaque externe.

Dans ce nombre de 21 blessés, 2 ont succombé, mais il importe de dire dans quelles conditions. L'un est ce malheureux lieutenant dont j'ai déjà parlé à l'Académie de médecine, et auquel je fus contraint de désarticuler la hanche pour une fracture sous-trochantérienne par un coup de feu, aggravée brusquement au cinquième jour par une hémorrhagie de l'artère fémorale profonde ; le second est un officier supérieur d'infanterie, qui reçut un coup de feu à travers la région radio-carpienne gauche et auquel je dus couper secondairement l'avant-bras, en raison de suppurations intarissables et de désordres graves au niveau de la blessure. L'amputation, malgré l'alcool, fut suivie de fusées purulentes le long des gaines tendineuses, tant en avant qu'en arrière. Ces inflammations suppuratives entraînèrent la mortification des tendons dans toute leur longueur, une conicité du moignon, et finalement une résorption purulente au moment où les accidents inflammatoires étaient épuisés et où il ne restait plus, pour amener la guérison, que l'élimination d'un petit séquestre siégeant au niveau de la section de l'os. A l'autopsie, je constatai ce que les signes cliniques avaient déjà révélé pendant la vie : le malade était atteint de tuberculose.

De ces deux insuccès, l'un, celui qui a pour sujet le désarticulé de la cuisse, ne doit figurer dans aucune statistique ; l'autre, survenu chez un phthisique, trouve son explication en dehors des

conditions de l'opération. Mais en en tenant compte quand même, on voit que 1 seul opéré sur 20 a succombé. Si l'expérience n'apprenait à se défier de ces petites statistiques, on pourrait en conclure que les pansements alcooliques, appliqués à de grandes opérations, n'ont donné que 5 pour 100 de mortalité.

Il importe de ne pas oublier ici les beaux résultats obtenus dans le service de Nélaton et publiés, les uns dans la thèse de M. Gaugélac, et les autres dans le travail de M. Chedevergne (*Bull. de Thérap.* de 1864).

En 1863, 54 opérations, provenant d'amputations diverses et surtout d'ablations de tumeurs, ont eu pour résultat 53 guérisons et 1 mort dans un cas d'amputation de la verge, causée probablement par infection purulente.

En 1864, 48 plaies, dont 39 provenant d'opérations diverses, telles que : amputation de jambe, ablation du sein, extirpation de tumeur, ont donné 45 guérisons ; 3 ont occasionné la mort ; mais sur ces 3, l'un a succombé à la généralisation du cancer pour lequel il avait été opéré, un deuxième à la tuberculisation pulmonaire, le troisième seul a eu de la pyohémie.

La Société jugera sans doute comme moi que les résultats statistiques connus sont insuffisants pour établir la supériorité d'une méthode antiseptique sur l'autre ; mais ce qu'ils permettent déjà d'affirmer, c'est que l'une et l'autre réalisent un grand progrès : la pourriture d'hôpital, même dans les mauvaises conditions où je me trouvais placé durant les sièges de Paris, ne s'est pas montrée ; les érysipèles, les tuméfactions inflammatoires, et gangreneuses des moignons, les fusées purulentes dans le tissu cellulaire ou les gaines tendineuses, l'infection purulente, sont devenus très rares ; la fièvre traumatique, à peu près nulle, car la température relevée chez tous mes opérés n'a pas dépassé 38 degrés ; enfin, le chiffre de la mortalité a notablement baissé et la plupart des cas d'insuccès trouvent leur explication dans l'état de santé du blessé au moment de l'opération. Il en est ainsi dans la statistique de M. Volkmann, qui, sur 6 cas de mort, en compte 4 qui étaient atteints d'accidents de septicémie. Il en est ainsi dans la statistique de M. Gaugélac, dont les 3 insuccès ont été occasionnés deux fois par la tuberculose et la diathèse cancéreuse. Enfin, il en est encore ainsi dans ma petite statistique : 2 cas de mort y figurent ; mais l'un est relatif à une désarticulation primitive de la hanche faite dans des conditions désespérées, et

l'autre a succombé à une pyohémie greffée sur la tuberculose.

Mais, messieurs, les services que les méthodes antiseptiques sont appelées à rendre à la chirurgie sont loin d'être limités aux plaies chirurgicales : c'est la chirurgie conservatrice et en particulier la chirurgie d'armée qui doit surtout bénéficier du progrès, alors qu'il s'agit de conserver des membres atteints de fractures comminutives compliquées de plaies, d'infiltrations sanguines profondes, de broiement de tissus, exposées à l'air pendant un temps plus ou moins long avant l'intervention du chirurgien, réalisant en un mot les conditions de terrain les plus favorables aux actions de la putridité.

Ici, l'alcool est encore l'agent qui me paraît le plus commode et le plus utile. Son pouvoir hémostatique, sa volatilité, la facilité et la rapidité avec lesquelles il imprègne les tissus, sa propriété bien connue de coaguler les produits albumineux et d'arrêter toutes les fermentations, son faible pouvoir escharotique, tout l'indique pour remplir ce double but : empêcher toute altération nuisible au sein des tissus désorganisés, et opposer une barrière à l'absorption. Pour des raisons faciles à déduire, je ne crois pas qu'il soit possible d'employer avec autant d'avantage et de simplicité les solutions de chloral ou d'acide phénique. Ces dernières ont été néanmoins appliquées avec succès au traitement des fractures compliquées par Volkmann. L'alcool, dans ces dernières conditions, doit être utilisé autrement que pour des plaies chirurgicales. Ici, dès que les surfaces saignantes sont purifiées et bien séchées par l'alcool, il suffit de les affronter exactement en mettant un drain profondément s'il y a lieu, et de les recouvrir par un pansement à l'alcool. Mais, dans le traitement des plaies contuses, il faut que le contact du liquide antiseptique soit permanent comme les dangers de la désorganisation putride elle-même ; que les parties morbigènes baignent, macèrent en quelque sorte dans l'alcool. C'est pour arriver à ce résultat que j'ai substitué au pansement par l'alcool les injections et les irrigations alcooliques, ainsi que je l'ai exposé dans un mémoire lu à l'Académie de médecine en 1872.

Messieurs, il y a huit ans que je mets en pratique ce mode de pansement des plaies contuses. Je l'ai employé dans les fractures des membres par coup de feu les plus graves, dans des fractures exposées avec broiement : j'en ai été tellement satisfait jusqu'à ce jour, que je ne crois pas inopportun d'appeler de nouveau

l'attention sur lui. Sans vouloir en faire une panacée, j'ai tout lieu de croire qu'il représente le traitement antiseptique le plus simple et le plus sûr mis au service de la chirurgie conservatrice. Sous son influence, les plaies contuses les plus profondes, les fractures compliquées de plaies, encombrées de caillots, de détritus organiques, comme il arrive dans les coups de feu, perdent leur caractère de gravité exceptionnelle ; elles n'ont d'autre odeur que celle d'une macération organique récente ; les réactions locales sont fort amoindries, quelquefois tout à fait nulles ; la tuméfaction des parties molles au voisinage de la plaie, les productions gazeuses, qui sont le prélude habituel des accidents les plus graves, ne se montrent plus. La douleur causée par l'alcool est peu intense ; elle est rapidement remplacée par un sentiment d'agréable fraîcheur ; la suppuration est aussi considérablement diminuée. L'inflammation des gaines tendineuses, les phlegmons, les érysipèles sont assez rares pour que je puisse répéter aujourd'hui ce que j'écrivais en 1872 : « qu'il ne m'était pas encore arrivé d'en rencontrer un exemple ». Enfin, la fièvre traumatique, qui est comme la résultante de tous les accidents locaux et généraux des plaies, est elle-même très modérée : il est très rare que le thermomètre s'élève au-dessus de 38 degrés.

Il convient d'ajouter que l'alcool employé en irrigation donne aux plaies un aspect peu séduisant : les lèvres en sont décolorées et comme flétries par la macération, leur fond est recouvert d'un enduit grisâtre, gélatiniforme, dû à la coagulation des produits albumineux ; le sang épanché forme de petits caillots friables semblables à des miettes de boudin cuit ; l'élimination des parties mortes s'effectue régulièrement, mais lentement, sans phénomène apparent de séparation, et les bourgeons charnus sont pâles, rares et peu développés.

Aussi cette particularité m'a-t-elle conduit à substituer le pansement à l'irrigation dès que la plaie est nettoyée et bourgeonnante.

Messieurs, ainsi que je l'ai dit précédemment, et après bien d'autres, autant il est certain que les méthodes antiseptiques représentent un grand progrès pour la chirurgie, autant il est prématuré de se prononcer sur la supériorité de l'une d'elles. La question est encore à l'étude, et pour tout esprit sage, qui ne se laisse pas entraîner par un premier mouvement d'enthousiasme, il faut encore, avant de se prononcer, l'épreuve du temps et d'une plus longue expérience.

Pour procéder avec plus de fruit dans cette recherche, il me paraît utile que chaque chirurgien fasse connaître sa manière de faire en même temps que les résultats de sa pratique personnelle. C'est à ce titre que je vous demande la permission de dire, avant de terminer, comment j'emploie le pansement par l'alcool. Et d'abord, il importe de préciser le degré de concentration du liquide. Celui dont je me sers est du trois-six du commerce (80 degrès), employé pur au moment du premier pansement et additionné de son volume d'eau en toute autre circonstance ; qu'il s'agisse de pansements ou d'irrigations.

Il y a deux grandes classes de plaies : les plaies chirurgicales occasionnées par les opérations ; et les plaies accidentelles, lesquelles sont simples ou compliquées, limitées aux parties molles ou étendues jusqu'aux os.

Les plaies chirurgicales sont toutes traitées de la même façon, qu'il s'agisse d'une restauration, d'une autoplastie dans laquelle il importe avant tout d'avoir une réunion immédiate parfaite, ou d'une plaie d'amputation dans laquelle l'objectif principal est d'échapper aux dangers d'infection.

Je ne crois pas qu'il soit utile de procéder à un lavage préalable des mains et des instruments avec une solution phéniquée ou alcoolisée ; je crois encore moins aux pulvérisations : il suffit de veiller par les procédés ordinaires aux soins de sévère propreté, dont le chirurgien ne doit jamais se départir. Aussitôt l'opération terminée, et le patient étant encore sous l'influence de l'anesthésie, la surface sanglante est imprégnée d'alcool à 80 degrés à l'aide d'un tampon d'ouate. Cette sorte de macération, qui serait très douloureuse sans l'anesthésie, est continuée jusqu'à ce que tout écoulement de sang ait cessé, jusqu'à ce que toute la plaie ait pris une teinte brune uniforme. Un gros tube à drainage est placé au fond de cette dernière lorsqu'on ne peut espérer une réunion immédiate, c'est-à-dire dans les plaies profondes, anfractueuses, et dans les plaies d'amputation, de désarticulation ou de résection de la cuisse, de la jambe et du bras. Les lèvres de la solution de continuité sont ensuite exactement affrontées et réunies par un ou deux plans de sutures, selon les cas particuliers.

Le tout, recouvert de deux ou trois couches d'ouate imprégnées d'alcool, est enveloppé d'une feuille de taffetas gommé, qui est maintenue en place par deux bracelets de caoutchouc.

Dans les plaies qui comportent le drain, on pratique une irrigation lente, mais continue, à travers le tube pendant trois ou quatre jours, ou bien on fait des injections de deux à quatre fois par jour avec l'irrigateur.

Le pansement est renouvelé chaque fois que cela est utile, une fois par jour le plus souvent. Le tube à drainage est enlevé vers le huitième jour, et les sutures, pour lesquelles j'emploie soit le fil de lin, soit le fil métallique, peuvent être conservées le même espace de temps, tant il y a peu de réaction, de tuméfaction et de tension des tissus.

On peut remarquer à quel point les pièces nécessaires au pansement sont simplifiées dans le mode précédent. Il ne faut, pour panser les blessés, ni bandes, ni charpie, ni compresses, ni éponges : du coton conservé à l'abri des poussières atmosphériques, du taffetas gommé et des bracelets de caoutchouc de différentes grandeurs, représentent tout ce qu'il faut dans la grande majorité des cas.

A ces modifications je trouve plusieurs avantages : d'abord, j'ai la certitude de n'exercer aucune compression nuisible sur les parties ; ensuite, je n'ai besoin que d'un matériel de pansement beaucoup moins encombrant et aussi moins cher, puisqu'un peu d'ouate et un carré de taffetas gommé, qui est lavé à chaque pansement, mais que l'on ne renouvelle que tous les quinze jours environ, en font tous les frais. Ceux d'entre vous qui ont pris part à la guerre de 1870 apprécieront à leur juste valeur les avantages dont il est question.

Je passe maintenant aux plaies accidentelles. Lorsque celles-ci sont simples, exemptes de contusions, lorsqu'elles n'intéressent pas le tissu osseux, le même mode de pansement leur est applicable. Dans le cas contraire, il faut avoir recours aux irrigations alcooliques. Celles-ci doivent être employées aussitôt que possible après le traumatisme, et continuées sans relâche jusqu'à l'apparition du bourgeonnement. Le mode d'emploi doit nécessairement varier selon le siège et les conditions de chaque blessure, de façon à maintenir toutes les parties suspectes en contact avec le liquide.

Je n'ai apporté aucune modification à l'appareil qui se trouve décrit dans mon mémoire mentionné précédemment sur l'infection putride aiguë. Cet appareil permet de pratiquer les irrigations alcooliques sous les couvertures sans déplacer le malade. Il se compose d'un flacon laveur d'une contenance de 2 litres environ,

placé sur la tablette du lit, et d'un tube de caoutchouc à parois résistantes, adapté par l'une de ses extrémités au bec du robinet du flacon et pourvu à l'autre d'un tube de verre effilé suspendu au cerceau qui recouvre le membre du malade, et dont l'extrémité est dirigée sur la blessure. Le tube en caoutchouc doit être assez long pour aller du flacon récipient jusqu'à la plaie, en serpentant sur la couche de telle façon que le déplacement des couvertures n'en gêne pas le fonctionnement.

L'orifice du tube de verre doit être assez étroit pour que le débit de l'appareil pendant vingt-quatre heures ne dépasse pas un demi-litre ou 1 litre tout au plus.

Toute espèce de pansement est supprimé ; qu'il s'agisse d'une plaie des parties molles ou d'une fracture, le membre est maintenu immobile dans une gouttière en tissu métallique, pourvue de supports et de valves mobiles ou articulées sur une charpente en fil de fer suffisamment résistant.

Pour empêcher les humidités de la plaie de séjourner dans la gouttière et de souiller la literie, une ouverture est ménagée au-dessous de la plaie par le jeu des valves mobiles, et un déversoir en toile imperméable est fixé en façon de tablier au-dessous de la gouttière. Ce déversoir aboutit à un récipient placé à côté du lit du malade. Lorsqu'on a affaire à une fracture difficile à maintenir réduite, le même petit appareil suffit encore à l'indication, en donnant à la gouttière une forme identique à celle de Bonnet. La contre-extension est faite à la racine du membre par l'une des extrémités de cette gouttière, et l'extension, à l'aide de bandelettes de diachylon disposées le long du membre et reliées soit à l'appareil, soit à un système à tractions, soit à un poids, comme dans les autres appareils à extension continue.

La coaptation dans le sens transversal est obtenue à l'aide de lacs qui se fixent latéralement le long de la gouttière, comme dans la boîte de Baudens.

Il résulte de ces dispositions que les pansements sont supprimés ; que le membre est maintenu dans une immobilité aussi absolue que possible depuis le moment de la blessure jusqu'à la guérison ; que la plaie est constamment soustraite à toute action septique ; que les produits susceptibles d'altération sont entraînés au fur et à mesure de leur production, et que l'absence de pansement supprime toute compression des tissus, toute rétention des liquides.

Lorsque les plaies à immerger sont situées latéralement ou à la face postérieure des membres, l'alcool peut être conduit par capillarité à l'aide de mèches de coton introduites jusqu'au fond de la blessure. Mais je ne tardai pas à reconnaître que cette manière de faire appliquée à des plaies contuses, profondes, anfractueuses, ayant une déclivité contraire aux lois de la pesanteur ne remplissait qu'incomplètement le but.

J'y remédiai de la façon suivante : toute plaie contuse, profonde, terminée en cul-de-sac, qu'elle soit ou non compliquée de fracture, doit être, si elle est difficilement et incomplètement immergée, transformée en un séton complet à l'aide d'une contre-ouverture pratiquée dans le point le plus favorable. A travers le séton formé par la plaie ou complété par la main du chirurgien, on fait passer un tube à drainage aussi gros que possible et ajusté, à l'entrée et à la sortie de la plaie, sur deux tubes pleins, dont l'un est adapté au robinet du flacon laveur et l'autre aboutit à un récipient posé sur l'un des côtés du lit. Les ouvertures d'entrée et de sortie de la plaie peuvent, s'il y a lieu, être réduites aux dimensions du tube de caoutchouc avec du collodion ou du taffetas gommé, sans que l'on ait à redouter quelque accident d'étranglement. Dans le but d'avoir un peu de pression, le flacon laveur était placé sur un petit socle fixé au mur voisin, à 2 ou 3 mètres au-dessus du sol.

Les choses étant ainsi disposées, il suffit d'ouvrir le robinet pour entretenir, à travers l'épaisseur du membre, un courant d'alcool que l'on gradue à son gré.

L'expérience m'a appris qu'il était utile, pendant les premiers jours, d'ouvrir de temps en temps le robinet à plein jet, de façon à faire pénétrer sans pression de l'alcool dans les parties les plus sinueuses et les plus reculées de la plaie et du foyer de la fracture.

Afin de pouvoir traiter de cette façon toutes les blessures du tronc et des membres, j'ai fait adapter des supports et des valves articulées aux gouttières du membre supérieur, du membre inférieur, ainsi qu'à la gouttière de Bonnet, dont la garniture doit être pour cet office préalablement enlevée.

PHARMACOLOGIE

Falsification du quinquina;

Par M. Stanislas MARTIN, pharmacien.

MM. Deslondres et Bouchardat, puis MM. Guibourt, de Vrij, Planchon et Weddell ont attaché leur nom à l'histoire d'une substance qui joue, dans la médecine moderne, un rôle des plus importants, c'est le quinquina ; si les travaux de ces savants kinologues étaient davantage connus de nos confrères, ils ne seraient pas exposés à être chaque jour trompés dans l'achat de ce médicament ; car, à la simple inspection de cette écorce, ils sauraient reconnaître si elle est vraie ou fausse, dire sa provenance et apprécier sa richesse en alcaloïdes.

On sait que les quinquinas varient suivant les conditions d'altitude, de nature, de sol, d'âge de l'arbre et d'exportation ; que les trente ou quarante variétés d'écorces dont on inonde actuellement le commerce européen appartiennent presque toutes à la famille des rubiacées, et que beaucoup ont l'aspect physique des écorces des quinquinas officinaux, qu'elles n'ont aucune des riches propriétés du quinquina gris huanaco (*cinchona micrantha*), du quinquina jaune royal (*cinchona calisaya*) et du quinquina rouge (*china colorada*), les seuls qui doivent être admis dans nos pharmacies.

En 1876, j'ai signalé dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, en même temps que je donnais le moyen de la reconnaître, une fraude qui se pratiquait sur le quinquina calisaya réduit en poudre : elle consistait à lui ajouter, par 1000 grammes, 250 grammes de ces cellules qui se détachent par le frottement de dessus la pellicule des amandes (fruits ou semences de l'*amygdalus communis*).

Je suis chargé de reconnaître deux autres falsifications : elles se pratiquent en grand sur le quinquina jaune concassé, que les herboristes et les épiciers délivrent au public par doses de 30 grammes ; il sert à faire le vin de ce nom. Aujourd'hui, le vin de quinquina est de mode, on le prépare plus ou moins bien dans les familles.

Le premier échantillon est du quinquina jaune concassé,

épuisé par l'alcool, auquel on a rendu sa couleur primitive en y mêlant, lorsqu'il est encore humide, du quinquina de bonne qualité réduit en poudre impalpable.

L'autre échantillon est un faux quinquina calisaya concassé; on lui ajoute, par 30 grammes, 1 gramme de bois de quassia amara coupé en filets très fins dans le but de lui communiquer une saveur qui lui fait défaut.

On reconnaît cette fraude à l'aide du microscope et de l'analyse chimique.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des accidents qui peuvent survenir chez les morphiomanes; morphinisme et traumatisme (1);

Par M. le docteur L.-Henri Petit,
sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

« J'ai naturellement cherché l'explication de cette catastrophe et soulevé toutes les hypothèses. Impossible d'accuser le milieu; M. G... habitait un vaste appartement dans un magnifique hôtel des environs du nouvel Opéra.

« Je pensai à la contagion : c'est en sortant de l'hôpital et avec le concours d'un de mes internes que je fis l'opération, mais je garantis la propreté de mes mains et des instruments peu nombreux et fort simples qui furent employés. Jamais, dans les opérations que j'ai pratiquées en ville dans les mêmes conditions, je n'ai vu de semblables accidents.

« En revanche, j'ai observé le phlegmon bronzé et la suppuration orange dans un petit nombre de circonstances précises et presque semblables, à savoir : chez les alcooliques, les diabétiques et les blessés antérieurement atteints d'une lésion sérieuse des grands viscères abdominaux. J'ai constaté surtout, sur une très large échelle, le pus orange pendant le *siège* et la *Commune*, où les alcooliques étaient, comme on le sait, très nombreux.

« Or, M. G... n'était point alcoolique, et tout au contraire d'une sobriété extrême. Je m'assurai qu'il n'était pas davantage glycosurique.

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

« C'est alors que je crus pouvoir accuser la morphine d'avoir altéré les éléments anatomiques et les humeurs, d'avoir lésé profondément les viscères, foie et reins en particulier.

« J'ai déjà dit bien des fois que les déviations du travail réparateur n'étaient pas dues au hasard pur, et que certaines d'entre elles traduisaient invariablement des lésions organiques jusque-là méconnues ou latentes. Je tiens de plus en plus à cette proposition fondamentale déjà formulée sous une autre forme par James Paget, quand il dit que souvent la marche des plaies fait découvrir les diathèses.

« Jusqu'ici je n'ai vu le phlegmon bronzé et la suppuration orangée (1) que chez des sujets ayant une lésion grave des viscères ; aussi je n'hésite point à admettre cette dernière quand je reconnais les symptômes susdits, et cela abstraction faite de la cause : alcoolisme, diabète, albuminurie, paludisme, morphinisme peut-être. Ne pouvant attribuer ces redoutables complications ni au *milieu*, ni à la *blessure* elle-même, il faut bien en chercher l'origine dans l'*état constitutionnel* et dans les désordres anatomiques qu'il entraîne.

« Je ne veux pas, à propos d'un seul fait, étendre outre mesure cette note, mais je suis convaincu qu'à l'aide de l'observation et de l'expérimentation on arrivera à admettre le morphinisme à titre d'état constitutionnel spécial, se rapprochant des autres intoxications et comparable à elles sous le rapport de son influence nocive sur le travail réparateur. »

En résumé, un homme de quarante-cinq ans, mais qui paraissait en avoir dix de plus, prenant de la morphine à hautes doses depuis plusieurs années, subit une opération à laquelle on ne reconnaît pas d'habitude une grande gravité. La plaie opératoire, quoique pansée par la méthode antiseptique, devint le point de départ d'un phlegmon rapidement mortel.

M. Verneuil pense que cette terminaison aussi fâcheuse qu'imprévue a été déterminée par les altérations des humeurs et des organes, le foie et les reins en particulier, et il espère que la

---

(1) La signification pronostique de la suppuration orangée a été très nettement indiquée par M. Delore (de Lyon) dans sa thèse inaugurale (*Quelques recherches sur le pus*, Paris, 1854, p. 20). M. Nepveu a depuis étudié cette question, mais n'a pas, que je sache, publié encore son travail.

clinique et l'expérimentation confirmeront sa manière de voir.

Examinons donc ce qu'ont fourni jusqu'à ce jour ces deux branches d'investigation scientifique.

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

Sur l'emploi interne et externe en thérapeutique de l'acide thymique et du thymate de soude.

A M. DUJARDIN-BEAUMETZ, secrétaire de la rédaction.

Depuis un an, j'ai substitué l'*acide thymique* à l'acide phénique dans les préparations destinées à provoquer une action caustique, substitutive ou simplement astringente, sur les muqueuses pharyngiennes et laryngées. Ces solutions, beaucoup mieux tolérées et tout aussi actives que les autres, m'ont donné des résultats thérapeutiques des plus satisfaisants.

L'acide thymique ayant les mêmes propriétés curatives que l'acide phénique, et de plus une saveur agréable que celui-ci n'a pas, j'ai généralisé son emploi.

Voici quelques formules dont un assez long usage sur un nombre assez considérable de malades m'a permis de vérifier les bons effets. Je me propose, dans quelque temps, de vous adresser une étude plus complète sur cette matière ; aujourd'hui, permettez-moi de résumer très rapidement le résultat de ma clinique :

SOLUTIONS POUR LE BADIGEONNAGE DES PREMIÈRES VOIES.

1° *Solutions caustiques.*

a.	Acide thymique cristallisé...............	1
	Glycérine pure...........................	2-4
b.	Acide thymique cristallisé...............	1
	Iode.....................................	1
	Iodure de potassium......................	1
	Glycérine pure...........................	5-15

2° *Solutions substitutives.*

c.	Acide thymique cristallisé...............	1
	Glycérine pure...........................	50
d.	Acide thymique cristallisé...............	1
	Iode.....................................	1
	Iodure de potassium......................	1-2
	Glycérine pure...........................	120
e.	Acide thymique cristallisé...............	1
	Tannin...................................	1
	Glycérine pure...........................	100

3° *Solution astringente :*

f.	Acide thymique cristallisé................	1
	Glycérine pure	50

Pastilles :

a.	Thymate de soude...........	1 milligramme.

Pour une pastille de 1 gramme.

Stomatite superficielle ; irritation des premières voies ; ramollissement des muqueuses chez les fumeurs ; elles sont très efficaces pour combattre les toux quinteuses et spasmodiques. Leur emploi doit être essayé dans la coqueluche.

b.	Thymate de soude......	1 milligramme.
	Chlorate de potasse..........	10 centigrammes.

Pour une pastille de 1 gramme.

Stomatite profonde ; amygdalite ; pharyngo-laryngite :

c.	Thymate de soude...........	1 milligramme.
	Borax......................	10 centigrammes.

Pour une pastille de 1 gramme.

Stomatite et amygdalite ulcéreuses.

Ces pastilles doivent être prises à la dose de six à dix par jour ; elles ont toutes l'avantage de combattre très heureusement la putridité des parties qu'elles sont destinées à guérir.

Potion :

Thymate de soude............	1-4 centigrammes.
Sirop simple.................	60 grammes.
Eau	100 —

A prendre dans les vingt-quatre heures.

Cette préparation m'a constamment donné des succès chaque fois que, dans les affections pulmonaires, j'avais à combattre la toux ou à modifier l'expectoration.

Dans des cas de bronchites catarrhales, j'ai toujours vu l'affection diminuer de durée et quelquefois même avorter.

Sans pouvoir affirmer son efficacité dans la coqueluche, je puis cependant présager son utile intervention en raison des effets produits sur un nombre peu considérable de malades.

J'ai employé l'acide thymique en inhalation et en solution dans l'eau, pour les cas où l'irrigation naso-pharyngienne était indiquée. Je le recommande dans ces usages comme un agent modificateur des plus précieux.

Je terminerai ma communication en ajoutant que :

L'acide thymique est souvent impur ; pour obvier à cette imperfection il faut prescrire l'acide *cristallisé*.

Le thymate de soude est un sel très instable, dont la préparation nécessite une manipulation très soigneuse.

Jusqu'à présent, l'acide thymique, qui est TRÈS CAUSTIQUE, m'a paru avoir été employé à doses trop élevées (1 gramme à 1g,50 dans les vingt-quatre heures), à moins que l'acide thymique, dont il est question dans les quelques articles que j'ai lus, ne soit pas le même que celui que j'ai eu entre les mains.

Dr ALVIN,
Médecin au Mont-Dore.

Saint-Etienne, 21 décembre 1878.

BIBLIOGRAPHIE

Le Corps humain, sa Structure et ses Fonctions, par Ed. CUYER et le docteur A. KUHFF, chez J.-B. Baillière.

La librairie Baillière vient de faire paraître les deux premières livraisons du corps humain, texte du docteur Kuhff, préparateur à l'Ecole des hautes études; et planches découpées et coloriées d'après nature par Ed. Cuyer, lauréat de l'Ecole des beaux arts. Sans être spécialement destiné aux médecins, cet ouvrage peut et doit être recommandé aux débutants de l'Ecole pratique.

En effet, dans un texte court, mais très nourri, le docteur Kuhff donne du corps humain et de ses fonctions un aperçu qui est une merveille de clarté, et ce coup d'œil d'ensemble, complété par les dessins découpés de M. Cuyer, sera d'un grand secours à l'étudiant inexpérimenté qui débute dans l'étude de l'anatomie.

Les six planches contenues dans les deux premières livraisons présentent l'homme plastique, le tronc et la cavité thoracique, l'enveloppe musculaire du tronc et de l'abdomen, ainsi que la cavité abdominale et les muscles de la tête. Le dessinateur n'a pas voulu trop faire, il ne prétend pas enseigner l'anatomie, aussi ses planches sont-elles très claires, et il fait voir nettement ce qu'il a voulu montrer : la position des organes avec leurs principaux rapports.

J'admire surtout la netteté avec laquelle M. Cuyer démontre l'ensemble du système musculaire de la tête, par un artifice de découpage, les muscles sont immédiatement superposés au squelette, et nulle autre image ne pourrait mieux montrer non seulement au peintre et au curieux, mais surtout au jeune étudiant, ces rapports importants des muscles avec les os que leur offrent leurs points d'insertion. Dr G. BARDET.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 17, 24 et 31 mars 1879 ; présidence de M. Daubrée.

Sur la non-excitabilité de l'écorce grise du cerveau. — Note de M. Couty.

En poursuivant des recherches sur l'excitabilité de la substance grise des circonvolutions cérébrales, l'auteur a été amené à essayer de paralyser isolément cette substance, afin d'examiner si l'électrisation de la surface du cerveau, pratiquée dans ces conditions, produirait encore les mêmes effets que dans les cas où l'écorce cérébrale possède toute son activité. Dans ce but, il fit la ligature des principales artères de l'encéphale et il constata ce qui suit :

Le gyrus sygmoïde, chez les chiens qui ont subi les ligatures artérielles préalables susindiquées, devient plus sensible à l'électricité, et il suffit de courants faibles pour déterminer des contractions des membres du côté opposé. De plus, une lésion corticale qui n'aurait aucune influence sur un animal à l'état normal détermine constamment, après la quadruple ligature, des troubles de mouvement marqués : il a suffi, dans la plupart de ces expériences, de découvrir le cerveau d'un côté, au niveau du gyrus, pour observer ensuite des contractures ou des paralysies dans les membres du côté opposé à celui sur lequel avait porté la trépanation.

Il constate ensuite que, sur plusieurs animaux qui, ayant un côté du cerveau simplement découvert depuis une ou deux heures, présentaient dans les membres opposés des accès de contracture monoplégique ou hémiplégique, il a pu enlever non seulement la substance grise du gyrus, mais même la moitié antérieure du côté du cerveau découvert, et qu'il a vu dès lors les accès de contracture persister six, douze, quatorze minutes après cette ablation.

D'autre part, sur ces animaux, dont un côté du cerveau était découvert et dont les artères encéphaliques étaient liées depuis quelques heures, il a déterminé par des excitations diverses, électriques ou autres, des attaques épileptiformes généralisées. Or, dans plusieurs cas, la contracture a occupé uniquement le tronc et les membres du même côté que l'hémisphère cérébral excité, et il a pu ainsi réaliser expérimentalement pendant six à dix minutes ce fait, signalé en clinique, d'une contracture hémiplégique se produisant du côté de la lésion corticale.

De ces faits, l'auteur déduit les conclusions suivantes :

« La substance grise de l'écorce cérébrale ne joue aucun rôle dans les phénomènes produits par l'excitation de la surface du cerveau, puisque ces phénomènes restent les mêmes, que cette substance grise soit intacte ou qu'elle soit paralysée par un anesthésique, que sa circulation soit nulle ou qu'elle soit normale.

« L'influence de l'irritation ou des lésions de certains points de l'écorce grise cérébrale est transmise par les fibres blanches à des éléments situés plus bas, dans le bulbe et la moelle, éléments qui sont seuls en rapport direct avec les appareils musculaires, et c'est par l'intermédiaire de modifications passagères ou durables de ces éléments bulbo-médullaires que les lésions corticales peuvent quelquefois déterminer des troubles des mouvements des membres. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 18 et 25 mars 1879; présidence de M. RICHET.

Septicémie puerpérale. — M. GUÉRIN, à propos de la communication de M. Hervieux (voir p. 277), fait observer qu'en 1858 et 1868, il a émis sur la septicémie puerpérale des opinions qu'il croit encore justes aujourd'hui.

Ma conclusion pratique était : 1° qu'il fallait, après l'accouchement, favoriser le retrait de l'utérus à l'aide du seigle ergoté ; 2° éviter la stagnation des liquides utérins ; 3° que, dès les premiers symptômes de la maladie, il fallait recourir aux injections antiseptiques et aux moyens de prévenir ou de combattre, par l'aspiration, la résorption des liquides putréfiés.

M. DEPAUL dit que le sujet dont il s'agit se représente pour la quatrième fois devant l'Académie, grâce à la persistance obstinée de M. Jules Guérin, qui reproduit toujours, sans la moindre modification, des idées que l'on pouvait croire définitivement abandonnées après plusieurs réfutations péremptoires. M. Depaul rappelle la grande discussion qui eut lieu en 1858 et à laquelle il eut occasion de prendre part avec les maîtres les plus éminents de la science et de la pratique obstétricales : les Paul Dubois, les Danyau, les Cazeaux. M. Jules Guérin y réédita sa grande conception étiologique de la fièvre puerpérale, déjà consignée dans un pli cacheté déposé par lui en 1846 à l'Académie des sciences, et dans laquelle il affirmait que lorsque, après l'accouchement, la matrice ne se contracte pas, en d'autres termes, ne revient pas sur elle-même de manière à être rentrée, dès le troisième ou quatrième jour, dans la cavité pelvienne, le fond de l'utérus ne dépassant pas le niveau du détroit supérieur, la femme, dans ces conditions, est fatalement prise de fièvre puerpérale.

C'est en vain que Paul Dubois, Danyau, Cazeaux et M. Depaul élevèrent à cette époque d'unanimes protestations contre une pareille hérésie obstétricale, démentie par l'observation de tous les jours, M. Jules Guérin, ayant besoin de cela pour sa conception étiologique, n'en continua pas moins à soutenir obstinément sa proposition. M. Depaul croit devoir s'élever de nouveau, au nom de l'observation clinique, contre cette prétention de M. Jules Guérin.

A cette conception étiologique de M. J. Guérin ont répondu comme corollaires trois conceptions thérapeutiques différentes. Dans la première, il propose de combattre la fièvre puerpérale par la ponction de la cavité péritonéale suivie de l'injection et du lavage de cette cavité ; dans la deuxième, il ajoute aux manœuvres précédentes celle de pratiquer, à l'aide d'une pompe appliquée à l'orifice du col utérin, l'extraction, à travers l'utérus et les trompes, des liquides épanchés dans le péritoine ; enfin, dans la troisième, il propose d'administrer le seigle ergoté à toutes les femmes, immédiatement après l'accouchement.

Suivant M. Depaul, les théories sur lesquelles reposent ces conceptions thérapeutiques de M. Jules Guérin manquent complètement de base. L'observation et l'expérience démontrent que les liquides de l'utérus ne peuvent pénétrer dans la cavité péritonéale et qu'il ne se fait jamais dans cette cavité de vide, *relatif* ou autre, capable d'y appeler ces liquides par une sorte d'aspiration, comme le veut M. Guérin. L'application de la pompe de M. Guérin, loin de permettre d'extraire les liquides du péritoine à travers les trompes et la cavité utérine, s'opposerait plutôt à cette extraction en provoquant d'abord l'aplatissement des parois de l'utérus et des trompes consécutivement à l'aspiration produite par le jeu de l'appareil.

Quant au seigle ergoté administré immédiatement après l'accouchement comme moyen préventif de la fièvre puerpérale, cette pratique irait contre le but que se propose M. Jules Guérin, en provoquant la contraction permanente de l'orifice interne du col utérin, ce qui ne pourrait avoir d'autre effet que de favoriser le passage des liquides de l'utérus dans la cavité péritonéale, si ce passage était admissible.

M. Jules GUÉRIN répond que si M. Depaul a cru devoir renouveler les

attaques qu'il a déjà dirigées à diverses reprises contre la doctrine de M. Jules Guérin sur la septicémie puerpérale, c'est sans doute parce qu'il a pensé que ces doctrines n'avaient été ni renversées ni ébranlées par ces attaques.

Sur le développement du cœur. -- M. LABORDE lit un travail sur ce sujet, dont voici le résumé :

1° Le tube cardiaque paraît, d'après l'observation physiologique, être creusé de très bonne heure, sinon tout à fait dès le début de sa formation, d'une cavité dans laquelle existe et se meut un liquide incolore, qui sera plus tard le sang.

2° Ce liquide, mis en mouvement par les premières pulsations rythmiques du cylindre cardiaque, chemine et circule selon une direction constante, déterminée par le sens des contractions elles-mêmes, de l'extrémité veineuse du tube vers son extrémité artérielle.

3° A cette période, il ne paraît pas exister encore, au niveau des orifices intra-cardiaques, de disposition spéciale de nature à réaliser leur occlusion ; cet office est probablement dévolu aux parois contractiles du sinus formé par le confluent des veines omphalo-mésentériques.

D'ailleurs, l'espèce de péristaltisme qui préside, à cette époque, aux contractions successives des diverses portions du tube cardiaque, suffit à rendre compte, sans nécessité de tout autre mécanisme spécial, de la progression de ce liquide dans une direction déterminée et constante.

4° L'adaptation du mécanisme fonctionnel des orifices intra-cardiaques aux progrès de la formation et du perfectionnement de l'organe embryonnaire, se réalise au moyen d'une *fente mobile*, c'est-à-dire contractile, en bi-entonnoir, pour l'orifice auriculo-ventriculaire comme pour l'orifice ventriculo-artériel ; l'occlusion des orifices respectifs s'opère par la contraction de la portion rétrécie de cette fente, pour empêcher, au moment opportun, le reflux du liquide en circulation.

Du côté de l'orifice bulbo-aortique, les bourgeons d'origine des valvules sygmoïdes, et du côté de l'orifice auriculo-ventriculaire, les plis ou plicatures qui paraissent constituer les linéaments de la valvule auriculo-ventriculaire concourent, pour leur part, à cette phase de transition, à assurer et à parfaire le mécanisme fonctionnel d'occlusion des orifices.

5° Le fonctionnement exceptionnellement précoce du cœur embryonnaire révèle, au milieu du silence fonctionnel des autres organes ou appareils organiques en formation, un rôle dont la réalité et l'importance semblent avoir été jusqu'à présent méconnues : c'est surtout dans le mécanisme de formation parfaite, c'est-à-dire d'adaptation fonctionnelle des vaisseaux sanguins et de l'appareil entier de la circulation, que paraissent nécessaires l'intervention et le concours actifs du cœur en mouvement, quelle que soit d'ailleurs la théorie que l'on adopte pour cette formation.

Sur la puissance toxique des alcools. — M. BERGERON. J'ai l'honneur d'offrir à l'Académie, de la part de MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Audigé, un ouvrage qui a pour titre : « Recherches expérimentales sur la puissance toxique des alcools ». Ce volume se compose surtout du journal de près de trois cents expériences que les auteurs ont poursuivi avec une persévérance et une méthode dignes des plus grands éloges, et qui donnent à leurs recherches une valeur scientifique incontestable ; mais à la suite de chaque série d'expériences on trouve un résumé qui en précise bien les résultats. L'ouvrage que j'ai l'honneur de présenter à l'Académie n'est d'ailleurs qu'une partie de l'œuvre qu'ont entreprise MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé. Le but qu'ils se sont proposé d'abord a été, non pas de comparer l'action de lalcool sur les animaux à son action sur l'homme, mais de comparer les effets, dans une même série animale, des divers alcools. Tout le monde sait ici, depuis les travaux de M. Wurtz et de M. Berthelot, que la chimie moderne est parvenue, soit à isoler des produits de la fermentation, soit à obtenir par distillation, soit enfin à constituer, par une opération de synthèse, des corps qui, par leur composition, par leurs propriétés, par leur action sur l'organisme, diffèrent plus ou moins de l'alcool éthy-

lique ou alcool de vin, le type des alcools ; on sait aussi que ces corps ont été divisés en alcools monoatomiques ou polyatomiques, suivant que leurs combinaisons atomiques sont plus ou moins complexes. C'est sur l'action de ces divers composés, soit seuls, soit combinés en proportion variable, qu'ont porté les expériences de nos honorables confrères. Ne voulant s'occuper que de l'empoisonnement alcoolique aigu, ils ont pris pour « doses toxiques limites » les quantités d'alcools purs qui, par kilogramme du poids du corps de l'animal, sont nécessaires pour amener la mort dans l'espace de vingt-quatre à trente heures, avec un abaissement graduel et persistant de la température; et il résulte de leurs nombreuses expériences qua la puissance toxique des alcools est d'autant plus énergique que leur constitution atomique est plus complexe. Or, ce qui fait l'intérêt de ces recherches, c'est que la plupart de ces alcools, propylique, butylique, amylique, œnantique, caprylique, etc., entrent en proportion variable dans la composition des alcools livrés, sous le nom d'*eau-de-vie*, au bas commerce des boissons. Aujourd'hui fixés sur les effets toxiques des divers alcools qu'ils ont expérimentés isolément et à l'état de pureté, ils vont entreprendre une nouvelle série de recherches, dans le but d'étudier sur le cochon les effets de l'alcoolisme chronique, en employant exclusivement les spiritueux qui sont journellement consommés dans les plus infimes débits de boissons. Je n'ai pas besoin d'insister pour montrer combien sont intéressantes, au point de vue de l'hygiène publique, de pareilles recherches.

Je demande à l'Académie la permission d'ajouter un mot encore. MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé ont bien voulu me dédier leur ouvrage, et, rappelant un passage de mon rapport officiel sur le vinage, dire que j'avais été l'inspirateur de leurs travaux. Je ne soupçonnais guère qu'un mot de moi pût être aussi fécond, et je crois, en toute sincérité, que ces messieurs me font trop d'honneur; toutefois, si l'Académie n'a pas complètement perdu le souvenir de la longue discussion qui a eu lieu, il y a dix ans, à l'occasion de mon rapport sur le vinage, elle se rappellera peut-être que, tout en reconnaissant, conformément à l'opinion des chimistes, que l'alcool chimiquement pur est toujours identique à lui-même, quelle que soit sa provenance, je refusai d'admettre que les liquides livrés à la consommation des paysans et des ouvriers fussent fabriqués avec cet alcool idéal dont la formule était alors $C^4H^6O^2$, et j'émis l'opinion qu'il fallait très probablement attribuer à l'impureté des alcools de betterave, de grains et de pommes de terre, qui aujourd'hui ont complètement remplacé, les premiers surtout, l'alcool de vin dans la consommation, les formes violentes, brutales, de l'ivresse moderne, et la gravité de l'alcoolisme observé de nos jours. Conformément à cette manière de voir, partagée d'ailleurs par Michel Lévy, ainsi que par MM. Fauvel et Bouchardat, j'avais terminé mon rapport par des conclusions qui tendaient à modérer la production des alcools industriels, si dangereux pour l'hygiène physique et morale des populations. Mais l'Académie a refusé d'adopter ces conclusions. Je reconnais donc que j'ai été battu, mais non convaincu, et, contrairement à M. Hervieux, qui, dans une de nos dernières séances, exprimait la crainte de mourir avant que M. Pasteur ait pu lui montrer le microbe de la fièvre puerpérale, moi, j'espère bien ne pas mourir avant que l'Académie ait modifié son vote de 1870. Depuis cette époque, j'ai cherché, comme membre de la Société de tempérance, à provoquer des expériences sur les effets toxiques des alcools livrés au commerce des boissons. M. Rabuteau avait commencé; MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, entrés dans la même voie, y ont creusé un sillon très profond, et j'ai bon espoir que de leurs nouvelles recherches sortira la plus complète justification de mes idées. Mais que leurs conclusions à venir soient favorables ou contraires à ces idées, je tiendrai ces conclusions pour bonnes, parce qu'elles auront pour base une expérimentation conduite avec méthode et honnêteté. C'est à ce titre déjà que leur premier volume se recommande à l'attention de l'Académie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 19 et 26 mars 1879 ; présidence de M. Tarnier.

Des pansements antiseptiques. — M. Le Fort. Je tiens d'abord à bien rappeler que le pansement n'est qu'un moyen de remplir certaines indications chirurgicales ; il est donc nécessaire que les pansements varient avec la nature des plaies. Cependant il est une théorie pour laquelle les indications se réduisent à une seule : c'est l'application à la chirurgie de la théorie des germes de M. Pasteur. Lister a appelé cela le pansement antiseptique : M. L. Championnière, en fervent apôtre, en a même fait la chirurgie antiseptique.

Une autre théorie considère toutes les plaies comme sécrétant un produit septique, la sepsine.

Pour moi, ces deux opinions sont trop exclusives. Ce qui est évident, c'est qu'il peut se produire de toutes pièces dans l'économie un virus septique ; ce virus septique disparaît par la mort ; cela est contraire à la théorie du développement des germes ; les piqûres anatomiques faites, pendant les autopsies, sur des sujets frais sont beaucoup plus graves que les piqûres que l'on se fait en disséquant des sujets déjà un peu anciens.

Quant à la théorie de la sepsine, se développant sur toutes les plaies, je n'en suis pas plus partisan. Si nous restons dans le domaine de l'observation pure, nous pouvons voir se développer dans certains cas un produit septique sous différentes influences, mais ce n'est pas une chose constante.

On a eu tort de mélanger un peu toutes les formes sous le même titre de septicémie. On peut, je crois, accepter l'action de l'air dans la septicémie chronique qui se caractérise par la fièvre hectique. La septicémie aiguë vient sous l'influence d'un état général sans qu'il soit nécessaire d'invoquer cette action. Il en est de même de l'infection purulente.

La doctrine de M. Pasteur peut se formuler ainsi : le principe qui détermine la putréfaction et la suppuration des plaies ne réside pas dans ces plaies ; il provient de l'air extérieur. Pas de germes, pas de putréfaction.

Puisque ces germes sont partout, je demande pourquoi il existe une si grande différence entre les résultats des opérations dans les grands centres et à la campagne. Si l'on admet seulement l'existence de germes particuliers, de germes morbides, cela peut se discuter, mais ce n'est plus la théorie primitive de M. Pasteur.

Les expériences de M. Pasteur ont mis hors de doute l'existence de la bactérie dans le charbon. Mais on est allé plus loin. Or, je tiens à démontrer que les bactéries et les vibrions peuvent exister à la surface d'une plaie sans le moindre danger pour le malade. Si la théorie de M. Pasteur était vraie, on devrait trouver dans l'infection purulente des proto-organismes qui n'y existent nullement ; de même chez un malade mort de septicémie traumatique, M. Pasteur, récemment, n'a pu trouver aucun proto-organisme.

En 1867, M. Rose a pris à Zurich le service de Billroth ; il y a mis en pratique le pansement à l'air. Billroth, de 1858 à 1867, faisait des pansements ordinaires, c'est-à-dire qu'il couvrait les plaies ; il a eu 88 pour 100 de mortalité pour les amputations de cuisse ; dans les mêmes cas, dans le même service, M. Rose, de 1867 à 1871, faisant le pansement sans pansement, n'a eu que 28 pour 100 de mortalité. De même, à Moscou, on a créé une commission des pansements, et l'on a trouvé que le pansement à l'air libre, c'est-à-dire le pansement sans pansement, donnait le moins de mortalité. J'ai voulu en avoir le cœur net : chez un malade amené dans mon service avec une jambe broyée, j'ai fait une amputation dans les plus mauvaises conditions, j'ai laissé la plaie à l'air libre et le malade a guéri.

Un pansement peut être basé sur une théorie fausse et cependant être un excellent pansement. C'est le cas du pansement de Lister.

Nous ne sommes plus dans les mêmes conditions qu'il y a vingt ans

pour juger les résultats opératoires. Il y a vingt ans, j'apportais ici la première statistique internationale, et je signalais l'infériorité des résultats obtenus par la chirurgie française. Les choses ont beaucoup changé.

Volkmann (de Halle) a fait en quelques années 71 amputations de cuisse. On peut s'étonner de voir faire, en si peu d'années, un aussi grand nombre d'amputations de cuisse dans une ville aussi peu importante que celle de Halle. Il a eu 30 pour 100 de morts.

Le total de mes amputations de cuisse, de 1868 à 1879, est de 15 : j'ai eu 12 guérisons et 3 morts; la mortalité n'est donc que de 20 pour 100.

J'ai essayé ce pansement de Lister, sans aucune conviction, mais avec une entière bonne foi. J'ai constaté que l'acide phénique causait de temps en temps de l'irritation à la surface des plaies. J'ai trouvé le pansement de Lister mauvais lorsqu'il était placé sur une plaie déjà en suppuration.

Il y a dans le pansement des choses qui me paraissent un peu étranges. La pulvérisation, le spray, me déplaît ; il faut pour tuer des germes des solutions au vingtième, tandis que d'autre part une goutte d'acide phénique mise dans une solution de gomme ou d'amidon suffit pour empêcher la moisissure ; cela ne va nullement avec la théorie.

Je dois rendre cette justice au pansement de Lister, qu'aucun autre ne donne aussi bien la réunion par première intention. L'acide phénique est fortement astringent. J'ai voulu savoir si l'alcool mélangé avec diverses substances astringentes pourrait me donner le même résultat. Avec un mélange d'alcool et de sulfate de zinc j'ai eu le même résultat qu'avec l'acide phénique.

M. Lister nous a rendu un grand service en nous montrant à laver les plaies fraîches avec une solution astringente, de même que M. A. Guérin a rendu un grand service à la chirurgie en nous montrant jusqu'où nous pouvions aller dans la rareté des pansements.

Nous avons à examiner quelle est l'influence de tel ou tel pansement quant à la prophylaxie de l'infection purulente. Quand nous avons affaire à un malade atteint d'infection purulente primitive, qui n'est pas venue par contagion, nous voyons que l'infection purulente dépend de la plaie, de la nature des tissus et de l'état général de l'individu. Je crois qu'il y a un peu de vrai dans l'ancienne théorie de l'infection purulente par absorption purulente. Ce qui a pour moi le plus d'importance, c'est de ne pas laisser l'os au contact de la suppuration. J'insiste beaucoup sur la compression, qui donne de très-beaux résultats. Aujourd'hui, je fais la réunion par première intention avec la suture superficielle aussi bien que par la compression ; je ne fais plus la réunion profonde.

Sous des influences défavorables, il se fait une perturbation dans l'état d'un malade qui a une plaie en suppuration : je crois que dans ce cas il y a une création endogène d'un principe septique : je crois que le principe septique peut se propager par les linges et par les éponges.

Quant au pansement à l'alcool, il donne des résultats excellents, comme astringent, dans les plaies fraîches, mais je crois qu'au bout de peu de temps il faut laisser l'alcool pour faire des pansements humides.

M. Trélat. J'ai toujours défendu cette idée, que la réunion par première intention repose sur ce fait que l'on peut réunir les parties molles avec les os. Il ne faut pas que le drain soit au contact de l'os et empêche la réunion.

M. Després répond d'abord au discours de M. Farabeuf. M. Farabeuf a vu arriver, dit-il, à l'Ecole pratique, des cadavres morts d'infection purulente venant du Nord et du Sud; cela veut dire qu'il a vu à l'Ecole pratique des cadavres d'individus morts d'infection purulente venant de mon service. Or, depuis cinq mois qu'il est chef des travaux anatomiques à l'Ecole pratique, il a pu en voir arriver un, et il n'était pas difficile de faire cette découverte, car j'ai parlé de ce cas à la Société de chirurgie.

M. Farabeuf s'est fait ici, contre moi, le défenseur des statistiques étrangères. Les étrangers, dit-il, diagnostiquent bien et ne font pas d'opérations inutiles. Or, Volkmann (de Halle) a fait en trois ans 23 ostéotomies pour courbures rachitiques des os : il y a là au moins 22 opérations inutiles, car bon nombre des courbures rachitiques du tibia s'améliorent ou guérissent avec le temps. Dans la statistique de Volkmann, il y a un cas

de mort par pustule maligne, dit-il, causée par une ligature en catgut. Dans le congrès des chirurgiens allemands, où ce fait a été cité, un chirurgien, esprit sans doute assez rétif. M. Küster, que je soupçonne d'être quelque chose comme le Desprès de l'endroit, a fait remarquer qu'un autre malade pansé à l'aide du même catgut, avait éprouvé des accidents dont il avait guéri. Cette pustule maligne n'était sans doute que de la gangrène du lambeau. Sans cela, que penser de l'acide phénique dans lequel est resté longtemps plongé ce catgut, s'il ne peut même pas détruire les bactéries du charbon!

J'arrive à la partie scientifique de cette discussion. M. Le Dentu, M. Guyon, M. Panas font le pansement de Lister. Prenons les trois statistiques réunies et comparons-les à la statistique que j'ai produite. Prenons une série de faits bien déterminés : j'ai fait dans l'espace de huit ans 16 amputations de cuisse, j'ai 9 guérisons et 7 décès. J'ai 25 amputations de tumeurs du sein et 25 guérisons. Or, dans ces deux dernières années, ces chirurgiens ensemble ont 11 amputations de cuisse, 6 guérisons, 5 morts. Les résultats sont absolument identiques aux miens. Nos collègues ont fait à eux trois 22 amputations du sein, il y a 1 mort. Ici je triomphe et je veux être généreux pour le pansement de Lister: ce n'est pas à lui qu'il faut attribuer cette mort, c'est à la réunion par première intention.

Manec, sur 28 herniotomies faites avant 1847, époque où cette statistique a été publiée dans le *Journal de chirurgie* de Malgaigne, a obtenu 26 guérisons. Je mets au défi les partisans du pansement de Lister de donner un pareil chiffre de guérisons.

M. Trélat nous a dit son opinion sur le pansement de Lister, mais il ne nous a pas donné sa statistique. L'année dernière, lorsque M. Lister est venu ici à la Société de chirurgie, je l'ai invité à venir dans mon service. Il n'y est pas venu lui-même, mais il a envoyé deux de ses élèves. Je faisais alors le pansement d'une malade à laquelle j'avais fait une amputation du sein; ce pansement consistait dans le vulgaire linge troué enduit de cérat et recouvert de charpie. La plaie était si belle, que les Anglais ont cru que j'y mettais de l'acide phénique.

L'infection purulente a été très commune dans nos services, de même que la pourriture d'hôpital, de 1870 à 1874 : c'était la queue du siège. Depuis 1874, l'infection purulente a diminué de fréquence dans tous les services, même dans le mien. Cela ne tient donc pas au pansement.

J'arrive à la question de la réunion par première intention. Nous connaissons une réunion par première intention sur les plaies régulières du cuir chevelu et de la face; cette réunion ne peut se voir dans les plaies d'amputation ou dans les ablations du sein. Dans ces derniers cas, c'est une réunion bâtarde; ces plaies suppurent toujours au moins par une de leurs extrémités ou bien il se forme des abcès dans le moignon. La réunion par première intention dans les amputations est exceptionnelle, et ces faits exceptionnels ne peuvent être attribués au pansement de Lister, car on les a observés avec d'autres modes de pansement. C'est une grosse erreur de tenter la réunion par première intention dans les plaies avec perte de substance.

M. Trélat. Des arguments produits par M. Desprès je ne retiendrai que quelques mots. Je n'ai pas produit de statistique parce qu'à la Charité les amputations sont rares; d'un autre côté, j'ai prodigieusement varié dans mes procédés opératoires. M. Desprès a fait de nouveau le procès à la réunion par première intention; je conteste absolument ce qu'il a dit: qu'on ne peut obtenir dans les plaies d'amputation la réunion par première intention. Il y a deux ans, dans une amputation du sein, j'ai enlevé un fuseau sphérique de 10 à 11 centimètres de long; la plaie a nécessité neuf points de suture; le cinquième jour cette malade est sortie et est allée se promener, et le septième jour elle retournait chez elle en province.

La réunion primitive des grandes plaies est un phénomène naturel qui s'observe en effet en dehors de tout mode de pansement. Lorsqu'on tente constamment cette réunion primitive chez des individus mal portants, il est certain qu'on s'expose à des accidents septiques et pyohémiques qui peuvent emporter le malade. Les méthodes antiseptiques nous mettent

dans les conditions de la campagne en neutralisant l'influence nosocomiale. De ce que dans la réunion par première intention il n'y a pas de réunion totale, il ne s'ensuit pas qu'il n'y ait pas de réunion profonde.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 28 mars 1879 ; présidence de M. Hervieux.

Rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire. — M. Paul rapporte l'observation d'un malade, employé comme portefaix au chemin de fer du Nord, qui avait joui d'une bonne santé jusqu'au mois de mai dernier (1878).

Un jour étant en sueur, il se reposa, s'endormit sur un banc et à son réveil il fut pris de frisson. Il rentra chez lui, se mit au lit, et le médecin qu'il appela constata une congestion du poumon gauche, pour laquelle il prescrivit l'application d'un vésicatoire en arrière de la poitrine.

Le malade garda le lit pendant un mois, puis fut trouvé mieux, sans toutefois être assez fort pour reprendre son travail. Le 9 novembre 1878, il entra à Lariboisière.

Au mois de janvier 1879, M. Paul, qui prit le service, constata chez ce malade l'état suivant: aspect extérieur bon, diminution des forces, toux, atrophie des muscles pectoraux, saillie des côtes. Le poumon droit est sain à gauche ; sous la clavicule, matité dans le premier espace intercostal ; respiration faible, râles sous-crépitants humides très rapprochés, mais l'oreille est frappée par un phénomène insolite, celui de l'impulsion artérielle considérable, avec bruit de souffle. En arrière, moins de sonorité dans la fosse sous-épineuse ; respiration faible avec râles sous-crépitants très nombreux, très serrés, très humides, sans bruit de souffle à l'expiration ; retentissement de la toux et de la voix. Ce sont les symptômes caractéristiques de tubercules ramollis occupant le sommet du poumon.

La pointe du cœur siège derrière la cinquième côte, à 10 centimètres de la ligne médiane. Le bord supérieur du foie correspond au niveau de l'insertion du cinquième cartilage droit. En réunissant cette ligne du bord du foie à la pointe du cœur, on obtient une ligne qui correspond au bord inférieur du triangle cardiaque. Cette ligne est presque horizontale. L'examen du bord droit vertical du triangle cardiaque place cette ligne à 1 centimètre et demi du bord droit du sternum. Il résulte de cette mensuration que le cœur est gros, mais que l'hypertrophie ne porte pas sur le cœur gauche, sans quoi la pointe du cœur serait descendue dans le cinquième et même dans le sixième espace intercostal avant d'atteindre un éloignement aussi considérable de la ligne médiane. On doit donc supposer que cette augmentation porte plus sur le cœur droit que sur le cœur gauche.

L'auscultation du cœur, faite au siège d'élection des bruits appartenant aux divers orifices, ne révèle rien. Il n'en est pas de même au foyer des bruits de l'artère pulmonaire. On constate un bruit de souffle qui présente les caractères suivants : 1° au point de vue du siège il est placé dans le deuxième espace intercostal gauche, commence au bord gauche du sternum et s'étend vers l'aisselle jusqu'à 8 centimètres du bord du sternum. On l'entend également tout près du bord du sternum, dans une étendue de 1 ou 2 centimètres. Il déborde un peu le sternum à droite, mais on perçoit nettement qu'il s'agit d'un bruit lointain ; le maximum du bruit est à 3 centimètres du bord gauche du sternum. 2° Au point de vue du temps, le bruit est systolique ; il commence avec la systole, se développe pendant la durée de la diastole et se termine un peu avant le claquement des valvules sigmoïdes, qui donnent un deuxième bruit nettement frappé. Mais ce bruit de souffle présente des caractères spéciaux, dont le plus important consiste dans l'intensité du bruit selon que le malade est debout ou couché.

Lorsque le malade est couché dans un plan sensiblement horizontal, le bruit de souffle atteint son maximum d'intensité et s'accompagne de frémissement cataire. Au contraire, quand il est debout, le bruit diminue considérablement. Cette différence tient à ce que, dans la station debout, la circulation de l'artère pulmonaire est ralentie par la pesanteur, tandis que dans le décubitus horizontal le sang de l'artère pulmonaire, suivant l'action de la pesanteur, y coule avec plus de rapidité et donne lieu à des bruits plus intenses.

Le deuxième caractère propre aux bruits de l'artère pulmonaire est le suivant : si l'on ferme les narines et la bouche du malade et si, en même temps, on lui fait faire un effort violent d'expiration, sans que l'air puisse sortir, on voit l'ondée sanguine de l'artère pulmonaire se réduire, le bruit diminue de durée et disparaît presque complètement. A ce moment, si l'on rend au malade la liberté de respiration, il fait des respirations très grandes ; le sang de l'artère pulmonaire afflue sans obstacle et les bruits reprennent progressivement leur intensité première et la dépassent même pendant un moment.

Tous ces phénomènes sont des signes évidents d'une lésion de l'artère pulmonaire, siégeant à son orifice et rétrécissant son calibre. Comme corollaire, on trouve qu'à l'appendice xiphoïde l'impulsion a une intensité remarquable et qu'à ce niveau (bord gauche du sternum) les bruits du cœur tendent à prendre le rythme d'une pendule, c'est-à-dire que le petit et le grand silence tendent à s'égaliser, phénomènes qui appartiennent à l'hypertrophie du cœur droit.

On trouve enfin dans les veines du cou un bruit léger musical. Il est bien évident que tous ces caractères appartiennent à la lésion que l'on a supposée de l'artère pulmonaire et qu'il ne s'agit pas d'une affection de l'aorte. Au foyer des bruits aortiques, c'est-à-dire à droite du sternum, dans le deuxième espace intercostal, on n'entend qu'un bruit doux et lointain. Il faut également écarter l'hypothèse d'un anévrysme de l'aorte donnant des bruits de souffle dans le deuxième espace intercostal à gauche. De pareils anévrysmes existent : ils siègent d'habitude dans la partie descendante de la crosse, immédiatement au-dessous de l'émergence de la sous-clavière ; ils entraînent alors l'altération du nerf récurrent et l'aphonie. Rien de semblable n'existe chez le malade de M. Paul et l'on ne constate aucun battement d'expansion.

Enfin, chez le malade qui fait l'objet de cette communication, le pouls est régulier, il n'y a pas de cyanose, ni d'œdème pulmonaire, ni de congestion du foie, ni d'œdème des membres inférieurs ; en un mot, pas de phénomènes secondaires du côté des organes circulatoires ni des voies digestives.

Depuis un mois, ce malade est sujet à des attaques nerveuses consistant en douleur anxieuse de la région cardiaque, spasmes pharyngiens, pleurs avec conservation complète de la connaissance. Ces attaques, qui ne s'accompagnent ni de tendance à la syncope, ni d'extension douloureuse dans le bras gauche, ne peuvent être considérées comme des attaques d'angine de poitrine. Elles ont la force des névralgies extrinsèques, symptomatiques des affections du cœur et ressemblant aux attaques d'hystérie.

En résumé, la persistance des lésions depuis plusieurs mois ne permet pas de croire qu'il s'agisse d'une simple anémie, mais bien d'un rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire, avec phthisie consécutive. Cette observation vient confirmer celle que M. Paul a faite, il y a huit ans, du rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire et celles qui ont été faites depuis.

M. Duguet a reçu dans son service à Ménilmontant (hôpital Tenon) un jeune malade âgé de seize ans et demi, présentant des lésions cardiaques ayant quelque rapprochement avec celles que vient de signaler M. Paul. Ce jeune homme est employé dans un des grands magasins de Paris, son père est mort phthisique et une de ses tantes est affectée de maladie du cœur consécutive à un rhumatisme. A l'âge de dix ans et demi, il a eu une fièvre typhoïde ; à douze ans, une rougeole ; à treize ans, un rhumatisme articulaire aigu avec palpitations. Au mois de novembre 1878,

deuxième attaque de rhumatisme; il fut traité à l'hôpital de Ménilmontant, par M. Rigal, avec le salicylate de soude et deux vésicatoires sur la région cardiaque. Il guérit et fut repris quelque temps après d'une nouvelle attaque pour laquelle il est entré dans le service de M. Duguet, qui prescrivit également le salicylate de soude. M. Duguet constata chez ce malade un souffle à la base du cœur, ayant son maximum dans le deuxième espace intercostal gauche, souffle intense, dépassant le cartilage costal de la première côte gauche, s'étendant jusque vers l'aisselle et ne se propageant pas du côté droit du sternum. Rien aux valvules tricuspide et mitrale. Ce bruit, perceptible quand le malade était couché, disparaissait ou diminuait dans la station verticale. Pas de cyanose, pas de congestion du foie; pouls régulier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 12 mars 1879; présidence de M. Blondeau.

Des lavements alimentaires. — M. Blondeau, à propos de la discussion soulevée à la dernière séance sur les lavements nutritifs, rappelle que Régnier de Graaf, dans son traité *De clysteribus* (1668), s'est demandé si l'on ne pouvait empêcher les malades de mourir d'inanition en introduisant, à l'aide de lavements, des aliments dans les intestins: « Ceux, dit-il, qui considèrent la chose comme possible, disent qu'il n'est pas nécessaire, pour la production du chyle, que les aliments soient digérés par l'estomac, et que les intestins ont, eux aussi, la faculté de faire du chyle. Ils proposent donc d'administrer au malade des clystères de vin, de crème d'orge, de lait, de bouillon, de jaune d'œuf, etc. Les clystères doivent être donnés en plus grande abondance et lancés avec plus de force que de coutume, afin que, dépassant le gros intestin, ils soient utilement absorbés par l'intestin grêle. On peut répondre à ceux qui sont de cet avis que, si leur opinion est acceptable en ce qui concerne les aliments liquides et d'une fermentation facile, elle cesse de l'être lorsqu'il s'agit d'aliments plus épais et d'une digestion laborieuse. Et même, en admettant qu'ils disent également vrai à l'égard de ces derniers, on n'en saurait conclure que leur théorie est fondée. En effet, avec quelque force que les aliments soient injectés, ils ne peuvent aller naturellement au-delà du gros intestin, à cause de la valvule découverte par Beaulieu à l'extrémité de l'intestin grêle.

« Quelle que soit la transformation que doivent subir les aliments injectés, il est évident que cette transformation s'opère par le gros intestin au milieu des matières alvines. L'on peut alors se demander justement comment ces aliments, transformés dans ce milieu fétide, peuvent passer dans les autres parties du corps. Il n'y a, en effet, que peu ou point de veines lactées appartenant au gros intestin. Les aliments, pour arriver au cœur et aux autres parties du corps, devraient, en conséquence, à défaut d'autres voies, emprunter les veines mésaraïques. »

A l'appui de ces observations, M, Blondeau rappelle ce que professait Claude Bernard, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de nutrition directe. Aucun élément alimentaire ne peut servir immédiatement à la nutrition. Pour atteindre ce but, il est nécessaire que l'aliment soit modifié préalablement en traversant un organe situé entre l'appareil digestif qui l'a élaboré et le système sanguin qui doit le transporter dans les différents organes qu'il nourrit.

M. E. Labbée citait, dans la dernière séance, un malade qui, arrivé au dernier degré de la cachexie, a eu la vie prolongée pendant quarante-cinq jours à l'aide de lavements nutritifs. A l'Académie de médecine de New-York, en 1878, M. le docteur Flint a fait une communication sur ces lavements, dont il se montre tout à fait partisan. Il cite des faits de malades ayant vécu des années et ayant augmenté de poids à l'aide de lavements de sang défibriné, de lait et de mélange de suc pancréatique pratiqué selon

la méthode de Leube. En présence des affirmations des uns et des négations des autres sur la valeur des lavements nutritifs, il serait nécessaire qu'une discussion précise s'engageât sur cette question.

M. Féréol. La communication de M. Labbée démontre que ces lavements nutritifs, pratiqués avec des précautions particulières, qu'on néglige trop souvent d'employer, produisent de bons résultats; il est un fait, c'est que ces lavements, insuffisants pour un homme bien portant, sont d'un grand secours lorsque l'alimentation est impossible à pratiquer par les voies digestives ordinaires.

M. Blondeau a obtenu de bons résultats avec les lavements de vin; quant aux lavements de lait, il les prescrit plus difficilement, parce qu'ils sont très souvent laxatifs.

M. Créquy fait donner depuis plusieurs jours à une malade des lavements de lait, et ces lavements n'ont pas produit l'effet signalé par M. Blondeau.

M. E. Labbée fait remarquer que les résultats de ces lavements sont d'autant plus heureux qu'on les donne dans des maladies curables, comme les ulcères de l'estomac, par exemple.

M. Ferrand rappelle avoir donné à la Société un compte rendu d'un mémoire dû à un médecin américain, dans lequel, sur six malades soumis aux lavements nourrissants, cinq fois on avait constaté une amélioration de l'état général, de la récupération des forces et une convalescence assez rapide. Les résultats avaient même été assez satisfaisants pour que l'auteur ait proposé de remplacer les transfusions sanguines par des lavements de bouillon, de lait et de vin.

M. Ferrand propose de nommer une commission chargée d'étudier spécialement cette intéressante question. La commission nommée se compose de MM. Ferrand, Blondeau, Beaumetz et Ernest Labbée.

De l'acupuncture dans les anévrysmes. — M. Constantin Paul, à propos du mémoire de M. Bucquoy sur un anévrysme de l'aorte ascendante traité avec succès par la méthode électrolytique, rappelle une communication faite sur ce sujet par M. Dujardin-Beaumetz. Tout d'abord les résultats sont satisfaisants, mais cependant les malades sont morts peu de temps après l'opération. Frappé de ce fait qu'on pouvait introduire dans la poche des aiguilles assez volumineuses sans qu'il s'écoulât une goutte de sang. M. Constantin Paul eut l'idée de pratiquer non l'électro-puncture, mais simplement l'acupuncture, sur un malade âgé de quarante ans et atteint depuis plus d'un an d'un anévrysme de l'artère aorte descendante : cet anévrysme déterminait une compression du nerf récurrent du côté gauche, de l'aphonie. M. Constantin Paul fit l'acupuncture avec des aiguilles japonaises : ces aiguilles sont capillaires, flexibles et terminées par une extrémité un peu volumineuse, de telle sorte que, si la pointe a été introduite dans le tissu, le corps de l'aiguille pénètre très facilement. On fait passer ces aiguilles par un petit conducteur plus court que l'aiguille : au lieu de presser directement sur l'aiguille flexible pour la faire pénétrer dans les tissus, on donne une petite secousse brusque qui fait traverser le derme, puis on retire le conducteur et on l'introduit lentement dans la poche : une fois la peau traversée, on a conscience des divers tissus au travers desquels on passe; cette aiguille ne provoque ni hémorrhagie ni douleur.

Au mois de novembre, M. Constantin Paul introduisit quatre aiguilles dans la tumeur anévrysmale de son malade. Les trois premières pénétrèrent sans provoquer aucune douleur, bien qu'elles fussent introduites à une profondeur de 3 centimètres et demi dans la cavité; l'introduction de la quatrième fut légèrement douloureuse. Au bout d'un quart d'heure, M. Constantin Paul retira les aiguilles; dès le troisième jour, il y eut une diminution notable de l'anxiété et de la dysphagie. Huit jours après, nouvelle introduction de quatre aiguilles qui furent maintenues pendant une demi-heure. Pendant les vingt-cinq premières minutes, le malade n'éprouva aucune sensation, puis il y eut de l'anxiété. Aussitôt après cette opération, l'amélioration fut assez grande pour que le malade demandât à sortir de l'hôpital. Il y rentra quatre semaines après. M. Con-

stantin Paul fit de nouveau deux opérations à quelques jours de distance; à la quatrième, il éprouva une assez grande résistance à faire pénétrer les aiguilles dans le sac. Aujourd'hui le malade va très bien, il veut sortir de l'hôpital pour reprendre ses occupations. M. Constantin Paul a été heureux de constater que par l'acupuncture il était arrivé à reconnaître non seulement une innocuité complète de la méthode opératoire, mais un résultat réel dans la disparition des accidents déterminés par la douleur.

M. Dujardin-Beaumetz a pu étudier, depuis l'année 1877, douze anévrysmes traités par l'électro-puncture : il n'a jamais vu survenir d'accidents, sauf cependant dans un cas observé en ville. Il s'agissait d'un malade, atteint d'anévrysme de l'aorte, chez lequel la moindre émotion déterminait une syncope ; l'introduction de la première aiguille ayant occasionné cet accident, l'opération fut suspendue. Chez tous les autres malades, il y eut une amélioration, mais non une guérison, comme l'a déclaré consciencieusement Ciniselli, l'inventeur de la méthode. L'électricité ne détermine que l'inflammation de la poche et non la formation de petits caillots dans l'anévrysme : il n'y a pas coagulation du sang, et par conséquent, il ne faut pas s'étonner que les embolies n'aient pas encore été signalées à la suite d'opération de cette nature. Il se produit simplement une endartérite au point même de la poche où on fait pénétrer l'aiguille ; les caillots se forment donc sur le point même où la poche est enflammée et ils y adhèrent.

On sait qu'il est exceptionnel de voir les anévrysmes s'ouvrir par la peau; dans l'immense majorité des cas, la rupture se fait dans les organes, par la partie postérieure de la poche; par conséquent, c'est donc là le côté faible de la méthode de l'électro-puncture, car bien souvent il est difficile de traverser la poche entière pour arriver jusqu'à ses parois postérieures. Quant à l'action coagulante de l'électricité, elle n'est pas douteuse, c'est ce qu'on a pu observer chez le malade de M. Bucquoy. Mais, malheureusement, cette coagulation n'est pas indéfinie, souvent il y a récidive. M. Dujardin-Beaumetz, cependant, a des malades, opérés il y a deux et trois ans, vivant encore, sans éprouver de trop grandes douleurs. Ce qu'il faut faire, et ce que M. Dujardin-Beaumetz fera à la prochaine occasion, tout en agissant avec prudence, car le moindre accident, quand bien même cet accident ne serait pas dû à l'opération, jetterait sur cette méthode un discrédit dont elle aurait peine à se relever, c'est de faire pénétrer l'aiguille de manière à traverser complètement toute la poche anévrysmale.

M. Dujardin-Beaumetz conclut en disant que cette opération n'est jamais dangereuse, et que toujours elle procure un soulagement : double avantage qui la rend précieuse.

M. Blondeau demande quel inconvénient il y aurait à traverser complètement la poche.

M. Dujardin-Beaumetz répond que, ne connaissant pas le volume exact de la poche, il est difficile de savoir si elle est traversée de part en part, mais qu'il ne croit pas que cette opération présente plus de dangers que quand on introduit simplement l'aiguille dans la poche, alors que la pointe est libre dans le liquide sanguin.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Du traitement de l'épididymite aiguë blennorrhagique. — Dans son étude, le docteur Duy passe en revue les principaux moyens employés pour combattre l'épididymite blennorrhagique ai-

guë, mais, comme il les trouve insuffisants, parce qu'ils n'atténuent que faiblement la douleur, n'abrègent pas la durée de la maladie, et ne permettent pas au malade d'abandonner le repos au lit, il avance avec raison que : 1° le suspensoir ouaté et imperméable de M. Langlebert, modifié par M. Horand, remplit le mieux les trois indications susdites ; 2° il agit favorablement en réalisant les conditions suivantes : l'immobilisation, la compression et la sudation; 3° en outre, ce pansement est déjà employé depuis deux ans à l'hospice de l'Antiquaille à Lyon. Aussi, l'auteur de ce travail le recommande-t-il à l'attention des praticiens. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 298.)

De la mammite interstitielle non puerpuérale subaiguë, et de son traitement. — D'après le docteur Fau, cette forme de mammite, plus rare que celle qui survient chez les femmes en couches, peut évoluer de différentes façons. Elle peut disparaître par résolution, par suppuration, ou encore elle peut laisser après elle une hypertrophie plus ou moins considérable. Ces hypertrophies, ordinairement partielles, forment des tuméfactions qui simulent des tumeurs bénignes. Ce sont ces fausses tumeurs qui peuvent, dans quelques cas, disparaître sous l'influence d'une compression méthodique, complète et longtemps prolongée.

Cette compression peut être utile aussi dès le début de l'affection; elle empêchera la suppuration et pourra amener la résolution de l'inflammation localisée. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 477.)

De la vaginalite aiguë. — Non seulement M. Clugnet fait une étude sérieuse et approfondie sur son sujet, mais il l'appuie de nombreuses observations qui lui permettent de conclure que :

Les vaginalites qui surviennent spontanément et sans cause connue en apparence, dépendent le plus souvent d'une cause générale.

Les inflammations que l'on a appelées orchites et qui se développent pendant les fièvres graves, siègent sur la vaginale et peuvent, par propagation, s'étendre au tissu sous-séreux enveloppant la queue et les circonvolutions de l'épididyme. Ainsi, nous voyons que la vaginale s'enflamme dans le cours de la scarlatine et dans les autres fièvres éruptives.

Lorsque l'inflammation est vive, la vaginalite peut se confondre avec une véritable épididymite d'origine uréthrale, et ce n'est que par les commémoratifs qu'on pourra faire le diagnostic.

Cette affection, souvent légère, est parfois sérieuse, en produisant la stérilité par atrophie du testicule ou par obstacle au cours du sperme, comme dans l'épididymite blennorrhagique. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 270.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Traitement du spasme du muscle ciliaire par la duboisine, bien préférable dans ce cas à l'atropine. Instillation quatre fois par jour d'une solution de 5 centigrammes de duboisine pour 4 grammes d'eau, par Sœlberg Wells (*the Lancet*, 15 février 1879, p. 223).

De l'action du *pituri* (produit tiré du *duboisia Hopwoodii*) comme *mydriatique* et comme *antagoniste de la pilocarpine et de la muscarine*, par Sydney Ringer (*id.*, 1er mars, p. 290).

Traitement du lupus par le raclage, par Clément Lucas (*id.*, p. 291).

Intoxication par l'application de tabac, comme hémostatique, dans une plaie par instrument tranchant ; lavage de la plaie ; potion à la strychnine. Guérison, par William O'Neill (*id.*, p. 296).

Anévrysme de la carotide dans le sinus caverneux gauche. Ligature de la carotide primitive. Hémiplégie primitive. Mort au huitième jour, par Jeaffreson (*id.*, 8 mars, p. 329).

Hémorrhagie spinale interméningée, simulant une intoxication par la strychnine. Mort en moins de deux heures, par Dixon (*id.*, p. 333).

Tumeur fibreuse de la paroi abdominale, avec adhérences à l'estomac méconnues avant l'opération. Extirpation de la tumeur et d'une partie de la paroi stomacale. Suture profonde et superficielle de la plaie. Pansement humide. Erysipèle et abcès consécutifs. Guérison. Deux grammes à la suite. Mort de phthisie pulmonaire, par Cavazzini (*Gaz. med. italiana prov. venete*, 22 mars 1879, p. 99).

Eruption d'urticaire déterminée par la quinine, par King (*Philadelphia Med. Times*, 1er mars 1879, p. 251).

Fracture de l'extrémité inférieure du tibia avec déplacement considérable des fragments. Section du tendon d'Achille avant la réduction. Guérison, par R.-J. Levis. L'auteur pense que cette fracture, qui est commune chez les sujets en état d'ivresse partielle, est causée par des chutes en glissant sur la glace. (*Philadelphia Med. Times*, 1er mars 1879, p. 252).

VARIÉTÉS

Assistance publique. — La distribution des prix aux élèves en pharmacie dans les hôpitaux et hospices de l'administration de l'Assistance publique, a eu lieu lundi 31 mars, à une heure, dans le grand amphithéâtre, avenue Victoria, n° 3. Dans cette même séance, a été faite la proclamation des nominations des élèves nommés internes en pharmacie à la suite du concours de 1879, et qui sont entrés en fonctions le 1er avril.

Voici les noms des lauréats :

1re division. — Prix : Médaille d'or, M. Guinochet (Louis-Joseph-Edmond), interne de 4e année à l'Hôtel-Dieu. — Accessit : Médaille d'argent, M. Léger (Jean-Eugène), interne de 4e année à la Charité. — Mention honorable : M. Jolivet (Gustave), interne de 3e année à Saint-Antoine.

2e division. — Prix : Médaille d'argent, M. Morel (Jean-Baptiste-Louis-Joseph), interne de 1re année à l'Hôtel-Dieu. — Accessit : M. Leidié (Emile-Jules), interne de 2e année à l'hôpital de la Pitié. — Mentions honorables : 1re, M. Garnaud (Georges-Jules-Achille), interne de 1re année à l'hôpital Sainte-Eugénie ; 2e, M. Schmidt (Jean-Frédéric-Edmond), interne de 2e année à Saint-Antoine.

Voici par ordre de mérite les noms des soixante internes nommés :

MM. Anthoine, Bonnet, Puy, Heinbach, Foulon, Alexandre, Pinot, Bouillot, Vaudin, Chereau, Rousseau-Langwal, Gamel, Mercier, Dardaillon, Popelard, Robin, Vaillant, Prion, Lemaire, Collin, Patein, Goulven, Trouette, Doux, Verne, Crépin, Gondard, Gibart, Luneau, Delcourt, Vaux, Frémont, Virlogeux, Jaillet, Claverin, Bazin, Quillard, Fraudin, Cazeaux, Blaque, Requier, Quéry, Cazin, Peccatte, Peuvrier, Chaumeton, Guillouet, Millet, Varlin, Mille, Martin, Thurissey, Jeanniot, Mellet, Naline, Rosel, Barré, Debacq, Anglade, Vansteenberghe.

Faculté de Lille. — M. le docteur Kelsch a été nommé professeur d'anatomie pathologique et d'histologie à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille.

Faculté de Montpellier. — M. Castan, agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé professeur de pathologie interne à ladite Faculté.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Bons effets du sulfate de cuivre ammoniacal contre la névralgie de la cinquième paire (tic douloureux);

Par le docteur Féréol, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Au mois d'août dernier j'ai publié dans le *Bulletin de Thérapeutique* une première note sur les bons effets du sulfate de cuivre ammoniacal dans la névralgie de la cinquième paire. Deux observations, dont l'une avait trait à un tic douloureux de la face qui durait depuis plus de deux mois, et qui avait résisté à une longue série de médicaments (sulfate de quinine, vésicatoires, injections de morphine, nitrate d'aconitine, arsenic à haute dose, teinture de gelsémium, etc.), servaient de base à ce travail.

J'avais été amené à expérimenter ce médicament, à peu près complètement tombé en désuétude, par un renseignement, un peu vague, que m'avait fourni mon interne M. Davaine, qui avait vu, me disait-il, dans le service de M. Bourdon, à l'hôpital de la Charité, un succès très remarquable dans un cas analogue.

Je cherchai à remonter aux sources; mais en vain : M. Bourdon n'avait conservé aucun souvenir du fait.

Je voulus voir alors si je trouverais quelque renseignement bibliographique sur ce sujet ; mes recherches, que, je dois le dire, je n'ai pas faites aussi longues que je l'aurais désiré, ne m'ont pas donné de résultat important. Partout, chez les anciens, comme chez les modernes, j'ai trouvé le sulfate de cuivre ammoniacal recommandé contre les affections nerveuses en général, surtout contre l'épilepsie (Stisser, 1690), la chorée et l'hystérie. Pendant longtemps ce médicament passa pour un quasi spécifique de l'épilepsie (*sal anti-epilepticum Weismani*; Winter, Batt, Duncan, Cullen, Chaussier) ; Weisman le recommande en outre contre la *céphalée* ; et c'est, je puis le dire, la seule indication concordante à mon sujet que j'aie trouvée ; Boerhaave, contre l'odontalgie. Les traités modernes (Trousseau, Gubler, Bouchardat) reproduisent à peu près les aperçus anciens, et sont tous très concis sur ce médicament. Trousseau ne le mentionne pas contre l'épilepsie; et il est à croire que s'il en eût éprouvé de bons effets dans cette maladie, il eût songé à l'essayer dans

la maladie à laquelle il avait donné le nom de *névralgie épileptiforme;* ce qu'il n'a pas fait.

Quoi qu'il en soit, depuis le mois d'août dernier, en dehors des cas de névralgie faciale graves et rebelles au traitement que j'ai pu rencontrer, j'ai expérimenté le sulfate de cuivre ammoniacal dans un assez grand nombre d'états spasmodiques ou douloureux, particulièrement chez les hystériques.

Je dois le dire : la tentative que j'ai faite d'étendre l'action du médicament au-delà de la sphère où j'avais pu constater tout d'abord son efficacité, n'a pas été heureuse. Dans la sciatique, dans la névralgie deltoïdienne souvent si tenace, dans la céphalée hystérique (le clou), dans la contracture douloureuse des hystériques, dans la chorée et le spasme fonctionnel des hystériques, dans l'hystéro-épilepsie, j'ai donné le sulfate de cuivre ammoniacal absolument sans aucun résultat.

Il a même échoué chez une hystérique que je connais de vieille date, puisque je l'ai soignée à l'hôpital Beaujon, alors que j'étais interne de M. Robert; elle avait, à cette époque, une névralgie sus-orbitaire avec photophobie considérable. Cette année, j'ai retrouvé cette malade à la consultation de Lariboisière ; elle avait encore sa névralgie qui ne l'a jamais absolument quittée depuis vingt-cinq ans, mais sans photophobie. Le sulfate de cuivre ammoniacal a échoué dans ce cas.

Mais je puis apporter deux cas nouveaux dans lesquels le médicament a eu un succès très rapide, très évident, succès qui ne s'est pas démenti dans l'un de ces cas, mais qui dans l'autre n'a pas été tout à fait définitif.

Voici, très en abrégé, les deux faits nouveaux :

Obs. I. — Mme X..., âgée de quarante-trois ans, délicate et nerveuse, mais non hystérique, ayant eu de grands chagrins, est prise, dans le courant de l'été dernier, d'une névralgie de la cinquième paire, avec redoublements qui se produisent deux ou trois fois par jour à heures irrégulières, et qui parfois se succèdent sans interruption pendant vingt-quatre heures ; la malade est alors comme folle ; on n'ose la quitter un instant. Devant l'inutilité des traitements mis en usage pendant deux mois dans sa province, elle vient à Paris en octobre dernier et consulte M. Charcot, qui lui prescrit d'abord le sulfate de quinine, puis les pilules d'aconitine et de quinium de Moussette.

Appelé près de la malade au cours d'une de ses grandes crises, je la calme avec une injection hypodermique de morphine et je

continue la médication prescrite par M. Charcot. Les choses paraissent se modifier quelque peu d'abord, et au moyen d'une ou deux piqûres de morphine par jour, les grandes crises sont à peu près conjurées. Mais alors la malade tombe dans l'inappétence ; état saburral, débilité profonde. Je suis obligé de renoncer à la morphine. Les grandes crises reparaissent alors ; et la malade perd absolument le sommeil ; c'est dans ces circonstances que je donne le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 15 centigrammes dans une potion avec 30 grammes de sirop de fleurs d'oranger. Dès la fin de la première potion, il y a une sédation étonnante ; la malade dort toute la nuit. Cette amélioration continue pendant trois jours. Puis la malade, qui est assez difficile, qui trouve la potion désagréable, et qui surtout a peur des effets toxiques du cuivre, supprime de son chef le médicament. Les crises reviennent alors, et je m'aperçois de la fraude ; je fais reprendre la potion, qui est continuée à peu près régulièrement pendant douze jours. La malade quitte Paris, sinon absolument guérie, débarrassée du moins de ses horribles crises qui mettaient sa raison en péril, et auraient pu la pousser à un suicide qui n'est nullement dans sa pensée. J'ai eu de ses nouvelles depuis, elle a encore de temps en temps des accès de douleurs, mais beaucoup moins forts et moins prolongés.

Dans cette observation l'action du médicament a été d'une promptitude et d'une efficacité remarquables. Du jour au lendemain, il s'est fait une véritable transformation qui a beaucoup frappé tout l'entourage de la malade, d'autant plus que nulle médication n'avait encore donné de résultat aussi rapide et aussi saisissant. La réapparition des douleurs, lorsqu'au bout de trois jours la malade supprime, sans en rien dire, la médication ; leur disparition nouvelle et complète après la reprise de la potion, achèvent d'établir d'une manière certaine l'efficacité du médicament.

Obs. II. — M. X..., âgé d'une soixantaine d'années environ, me fait appeler dans le courant de décembre dernier pour une névralgie horriblement douloureuse qui a son point de départ dans le rameau nasal de la cinquième paire droite. Les douleurs sont tellement atroces, qu'à plusieurs reprises M. X... a senti des impulsions presque irrésistibles à se jeter par la fenêtre. Il y a dix-huit mois au moins que le mal a commencé. M. X..., qui est médecin et dentiste, a craint d'abord d'avoir pu, dans l'exercice de sa profession, subir une contagion spécifique ; il a consulté, à plusieurs reprises, plusieurs médecins et chirurgiens des plus haut placés dans la science, et tous l'ont détrompé à cet égard. Plusieurs médications ont été essayées ; le bromure de potassium,

le sulfate de quinine, les narcotiques sous toutes les formes. En novembre 1877, les douleurs devinrent si vives, qu'il fallut recourir aux injections hypodermiques de morphine, sous l'influence desquelles le mieux s'établit lentement ; le malade passa le printemps et l'été de 1878 sinon sans douleurs, au moins sans crise par trop intolérable.

Mais en octobre les douleurs reparurent aussi intenses que l'année précédente : nouvelles médications, parmi lesquelles le nitrate d'aconitine, prescrit par M. le professeur Gubler. Ce médicament ne calma point les douleurs, mais, au dire du malade, lui causa des vertiges tels, qu'il était obligé, dans la rue, de s'accrocher au premier passant venu, pour ne point tomber par terre. On revint donc aux injections morphinées ; mais elles restèrent moins efficaces que l'année précédente ; et quand je vis M. X..., il était en proie à une crise terrible qui, depuis cinq jours et cinq nuits, lui enlevait tout sommeil et lui faisait pousser des cris déchirants.

Mon examen ne me révéla aucune lésion appréciable, pas d'écoulement sanieux, ni d'odeur suspecte, pas de ganglions.

Je prescrivis, sans beaucoup y compter, le sulfate de cuivre ammoniacal à la dose de 10 centigrammes en potion à prendre dans les vingt-quatre heures.

L'effet fut surprenant ; le malade dormit sa nuit entière ; le lendemain, il se levait, pouvait manger quelque peu, sans que les douleurs reparussent, ce qui ne lui était pas arrivé depuis plus de deux mois. La potion fut continuée pendant cinq ou six jours à peine. M. X... éprouvait bien encore quelques douleurs, mais il pouvait s'occuper de sa profession, et il vint même me voir un matin à mon service de Lariboisière, où il me confirma devant mes élèves les bons effets du traitement. Néanmoins, je remarquai qu'il n'osait pas se moucher ; il se bornait à essuyer de temps en temps ses narines, la droite surtout, qui était constamment humectée par une sérosité claire et sans odeur. Cette particularité, jointe à ce que le médicament avait été cessé un peu trop tôt, me fit craindre une rechute. En effet, l'amélioration ne dura guère plus d'une quinzaine de jours, comme je l'appris depuis.

Lors de cette rechute, M. X... ne me fit point appeler. Il essaya de reprendre le sulfate de cuivre ammoniacal, qui, me dit-il plus tard, détermina des vomissements qui augmentaient ses douleurs. Il eut recours alors à des moyens empiriques. Les choses en sont là. Je l'ai revu ces jours derniers et lui ai conseillé l'application des courants continus.

Certes, je ne puis donner ce cas, d'un diagnostic incertain du reste, comme un exemple de guérison complète. Toujours est-il qu'au cours d'une crise douloureuse, d'une acuité extrême, le sulfate de cuivre ammoniacal a produit une sédation d'une promptitude et d'une efficacité surprenantes, et l'amélioration

s'est continuée pendant quinze jours, bien que le médicament ait été abandonné trop tôt. Mais, là aussi, le malade avait quelque répugnance théorique contre l'usage du cuivre à l'intérieur.

Tels sont les seuls faits que je possède jusqu'à présent à l'appui de mes observations. J'aurais été heureux d'en pouvoir citer beaucoup d'autres qui ne m'appartinssent pas en propre. Je n'en connais que deux, et encore sont-elles un peu vagues. La première est due à mon interne M. Davaine; j'en ai déjà parlé. Enfin, dans ces derniers temps, un confrère parisien, M. le docteur Calvo, m'écrivit pour me demander la formule et le *modus faciendi* pour l'administration du sulfate de cuivre ammoniacal; et voici ce qu'il me fit savoir à ce sujet : « Le médicament a définitivement triomphé d'une névralgie de la cinquième paire qui durait depuis longtemps et avait résisté à toutes les médications connues. La potion avait été prise, pendant quinze jours, à la dose de 10 centigrammes par jour. »

Assurément, ces faits sont encore trop peu nombreux pour entraîner une conviction absolue. Ils en appellent d'autres et exigent de nouvelles recherches ; et c'est pourquoi j'ai cru utile de les faire connaître.

Mais il me sera permis cependant de faire remarquer que la plupart des observations plus haut citées concernent des névralgies très anciennes, qui avaient atteint les proportions du tic douloureux épileptiforme, et comportaient par conséquent un pronostic grave; que toutes avaient résisté à une série plus ou moins longue de médications ; que dans mes quatre cas la sédation obtenue à la suite de la médication a été étonnamment rapide ; qu'elle a été temporaire lorsque le médicament a été abandonné trop tôt ; que, dans un cas même, l'amélioration, suspendue après une interruption prématurée de la médication, est devenue définitive après la reprise immédiate et suffisamment prolongée du médicament.

En présence de ces considérations, il est, je crois, difficile de ne pas admettre l'efficacité du moyen employé.

Je ne veux pas conclure que toute névralgie de la cinquième paire devra céder à l'administration du sulfate de cuivre ammoniacal. Les choses ne se passent jamais avec cette constance en thérapeutique, et surtout dans la thérapeutique des névralgies. Il y aurait donc là des indications et des contre-indications à poser.

Le nombre des faits expérimentés n'est pas assez grand pour que ce travail difficile puisse être tenté.

Je dirai seulement que les phénomènes congestifs qui accompagnent presque toujours, même chez les anémiques, les grandes névralgies, ont été très manifestement influencés par la médication cuprique. La rougeur de la face ou de la conjonctive oculaire diminuait notablement dès le second jour du traitement ; et les jours suivants il y avait une décoloration marquée des téguments, à la face surtout, avec ralentissement du pouls. S'il y avait de l'épiphora, de l'écoulement de mucus nasal, ces phénomènes disparaissaient ou diminuaient. Enfin, les malades éprouvaient un état de dépression des forces, parfois accompagné de nausées, analogue à ce qu'on observe à la suite de l'administration du tartre stibié ou de la digitale. Je n'ai à noter de vomissements que chez le dernier de mes malades ; et au moment où ils se sont produits je ne surveillais pas l'administration du médicament. Aucun n'a présenté de diarrhée.

Parmi les auteurs anciens qui ont usé du sulfate de cuivre ammoniacal et l'ont vanté, il s'en trouve un du nom de Le Chandelier, qui affirme que ce médicament convient surtout aux malades qui sont débilités et non pléthoriques. Pour ma part, mes observations tendraient précisément à la conclusion inverse ; et il m'a semblé que plus les phénomènes congestifs, qui accompagnent toute névralgie, étaient marqués et intenses, plus il y avait chance de voir le sulfate de cuivre réussir.

Quant au mode d'administration, j'ai essayé d'abord le médicament en poudre dans du pain à chanter avec du sucre ; sous cette forme il a causé des douleurs stomacales assez vives. Je ne l'ai donné qu'une seule fois ainsi. En potion il est beaucoup mieux supporté, et les malades l'acceptent assez bien ainsi, malgré le goût métallique du mélange. On pourrait d'ailleurs le donner en pilules, à la condition d'en prescrire un certain nombre qu'on espacerait dans la journée et qu'on ferait prendre de préférence au moment des repas, mais la potion m'a toujours paru acceptable et elle fatigue moins l'estomac. Je formule donc :

Eau distillée	100 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger ou sirop de menthe....................	30 —
Sulfate de cuivre ammoniacal....	10 à 15 centigrammes.

Et je fais prendre la potion dans les vingt-quatre heures, en ayant soin de la placer au moment des repas, afin que le médicament, mélangé aux aliments, irrite moins la muqueuse stomacale. Je fais donc prendre trois ou quatre cuillerées au courant de chaque repas, et le reste dans les intervalles.

J'ai pu, chez un malade, porter la dose progressivement jusqu'à 60 centigrammes par jour, sans autre inconvénient que quelques douleurs d'estomac et un peu de diarrhée. J'ai cessé alors le médicament, qui d'ailleurs ne produisait pas grand effet, et les fonctions digestives se sont rétablies immédiatement. Il s'agissait, dans ce cas, d'une névralgie symptomatique, d'un cancer de la langue qui, au début, ne s'accusait que par les douleurs s'irradiant tantôt à droite, tantôt à gauche, et prenant naissance dans les deux nerfs linguaux. Des tumeurs multiples et très douloureuses de la base de la langue, avec ganglions sous-maxillaires, ne tardèrent pas à fixer le diagnostic. Le malade ne put être calmé que par les injections hypodermiques de morphine; et ce fait montre qu'il ne faut pas compter sur le sulfate de cuivre ammoniacal pour calmer les douleurs cancéreuses, et remplacer, ne fût-ce que momentanément, les injections morphinées dont on connaît les inconvénients. Toujours est-il que, chez ce malade, les doses quotidiennes de 30 et même 50 centigrammes de sulfate ammoniacal étaient très bien supportées; je ne dis pas qu'elles l'eussent été aussi bien par tout autre malade; la tolérance en général est proportionnelle à l'acuité de la douleur. Aussi, je crois prudent de s'en tenir ordinairement à la dose de 10 à 15 centigrammes par jour, surtout pour commencer; si la névralgie persiste, on pourra augmenter progressivement.

A la dose ordinaire, les malades se plaignent bien, au bout de deux ou trois jours surtout, d'avoir dans la bouche un goût métallique désagréable. En effet l'haleine est un peu fétide et la langue quelque peu saburrale; quelques-uns même accusent un peu de chaleur ou de picotements de l'estomac. Malgré cela, il faut insister pour que le médicament soit continué autant que possible, à 10 centigrammes par jour, pendant douze ou quinze jours. Il faut en même temps que l'alimentation ne soit pas interrompue et que la potion soit prise surtout pendant les repas, c'est à cette condition qu'on peut espérer le succès.

En résumé, depuis sept à huit mois que j'expérimente le sulfate de cuivre ammoniacal, je n'ai obtenu aucun résultat en de-

hors de la sphère où j'ai tout d'abord constaté son efficacité.

Je voudrais qu'au point de vue, à peu près nouveau, je crois, sous lequel je le présente, il fût repris et étudié aujourd'hui. Ne fût-ce qu'à titre de palliatif, il aurait encore droit à l'expérimentation. Je crois, pour ma part, qu'il peut prétendre à mieux, et que, dans certains cas de névralgies de la cinquième paire, même les plus anciennes, même les plus rebelles, il peut donner des guérisons complètes et durables, et dispenser de la ressource suprême, et souvent d'ailleurs illusoire, de la résection nerveuse.

Du traitement thérapeutique des tuberculeux (1);

Par M. le professeur Peter, médecin de la Pitié.

D'autres troubles gastriques peuvent accompagner la phthisie pulmonaire. Ainsi, le 26 janvier, nous avions au n° 47 de la salle Saint-Paul un jeune homme de vingt-six ans qui, malade depuis cinq ans, et aussi tuberculeux que possible, était entré ici avec une sorte de gastrorrhée douloureuse. Chaque matin, il rendait un liquide filant et transparent, mélangé de bile; en outre, il avait des digestions difficiles, pénibles et un peu d'anorexie.

Le 15 février, les troubles digestifs ne faisant qu'augmenter malgré le traitement général, je prescrivis avant chaque repas un paquet de la poudre suivante :

Sous-nitrate de bismuth...........	10 grammes.
Opium brut..........................	10 centigrammes.

En cinq paquets ;

et après le repas, deux gouttes d'acide chlorhydrique dans un peu d'eau. Dès ce jour, le malade cessa de vomir et digéra plus facilement.

Le 7 mars, il y eut de la constipation, et le chef de clinique supprima la poudre de bismuth et d'opium. Les fonctions digestives continuèrent néanmoins à s'accomplir régulièrement, et, vers le 22 avril, le malade, amélioré, partit pour Vincennes sur sa demande.

En pareil cas, indépendamment de l'hyperesthésie, il y a de

---

(1) Suite, voir le numéro précédent.

l'hypercrinie de la membrane muqueuse de l'estomac, et les malades se trouvent bien d'une substance qui, comme le bismuth, a l'avantage de modifier la sécrétion exagérée des muqueuses. L'addition d'un peu de poudre d'opium brut est nécessaire parce que l'hyperesthésie est cause et partie dans le mal, de sorte que, si on la laissait persister, le soulagement ne serait que momentané.

Nous avons également en ce moment dans notre salle des femmes une malade chez laquelle nous avons traité par le même moyen une gastrorrhée douloureuse, mais en réduisant les doses à 1 gramme de bismuth et 1 centigramme d'opium. La réussite a été complète, vous voyez combien faibles peuvent être les doses; seulement il importe de les donner immédiatement avant le repas.

Ces petites doses ont leur importance, aussi bien au point de vue pécuniaire qu'au point de vue thérapeutique, le bismuth étant aujourd'hui assez coûteux.

A quelques lits plus loin, au n° 19, se trouve une autre jeune femme, dont je vous ai déjà parlé au sujet de douleurs névralgiques de deux ordres différents qu'elle éprouvait. Elle se plaignait surtout, lors de son entrée (en tant que troubles digestifs), de manquer d'appétit et de digérer difficilement. Immédiatement j'ordonnai deux gouttes de teinture amère de Baumé avant chaque repas et deux gouttes d'acide chlorhydrique après. Dès le 4 juillet, la malade avait un meilleur appétit et une digestion plus facile, aujourd'hui elle se porte si bien, qu'elle demande à aller au Vésinet. Or, chose remarquable! à mesure que les digestions se font mieux et que l'organisme se répare, la névralgie intercostale (qui était de celles que Beau a si bien signalées dans la dyspepsie) va chaque jour diminuant, l'effet disparaissant ainsi avec la cause.

Vous voyez, messieurs, qu'il peut être bon de combattre l'anorexie comme la dyspepsie, mais là encore la substance employée n'est pas indifférente. Il est évident, par exemple, que certains phthisiques, qui ont ce qu'on appelle la *dyspepsie des liquides*, ne pourraient supporter la macération de quassia amara et auraient plutôt envie de vomir que de manger. Au contraire, avec la teinture amère de Baumé, qui a l'avantage de se donner sous un petit volume, vous faites coup double en agissant : d'une part avec le principe amer sur la sensibilité de la membrane muqueuse qui, sollicitée de la sorte, laisse pleuvoir du suc gastrique; d'autre part, avec la strychnine sur la tunique musculeuse de l'estomac, dont l'atonie se trouve ainsi modifiée.

Maintenant, messieurs, je voudrais vous parler d'une autre substance qui réussit souvent contre les vomissements là où les opiacés ont échoué; je veux parler de l'alcool. Au n° 41 de la salle Saint-Paul, se trouvait un phthisique dont je ne pouvais venir à bout d'enrayer les vomissements. Le laudanum, la morphine à l'intérieur, les vésicatoires au creux épigastrique, les injections sous-cutanées de morphine, tout avait échoué. C'est alors que je me déterminai à lui donner de l'alcool, à raison de 60 grammes pour 100 en potion ; et cette dernière médication fut couronnée d'un succès complet. Ici je me suis inspiré d'un médecin très distingué, le docteur Tripier, qui a présenté à l'Académie de médecine trois observations desquelles il résulte que l'ingestion de l'alcool peut enrayer les vomissements chez certains phthisiques.

A vous d'y recourir dans des cas analogues.

Comme exemple d'*anorexie* combattue avec succès par l'usage de l'acide chlorhydrique et de la craie préparée, je vous citerai le fait d'une femme de quarante-deux ans, tuberculeuse, qui avait été traitée d'abord par l'opium, destiné à calmer ses douleurs d'estomac, puis par la glace, ce qui ne l'empêchait pas d'éprouver de la pesanteur après les repas. C'est alors qu'on lui donna, avant chaque repas, 50 centigrammes de craie préparée; puis à la fin de ces mêmes repas, 4 à 6 gouttes d'acide chlorhydrique dans 4 à 6 cuillerées d'eau sucrée. Au bout de huit jours de ce traitement, la malade digérait facilement et se trouvait soulagée au point de se croire guérie.

De même, chez une jeune femme de vingt-trois ans, entrée le 9 novembre, les maux d'estomac, l'anorexie et des vomissements continuels avaient amené un état de faiblesse extrême. Les vomissements cessèrent sous l'influence de 6 gouttes de laudanum prises au commencement et 4 gouttes d'acide chlorhydrique prises à la fin de chaque repas. Les troubles du côté de l'estomac disparurent en même temps que la diarrhée devenait plus rare.

Un homme de quarante-sept ans, menuisier, entré le 20 juillet à la salle Saint-Paul, se plaignait d'avoir perdu ses forces et de vomir tous ses aliments deux heures environ après son repas du soir. L'appétit cependant était conservé. Dès son arrivée, on lui fit prendre, avant chaque repas, 2 gouttes de laudanum dans une cuillerée d'eau, et déjà le lendemain le malade ne vomissait

plus. On a continué le laudanum et les vomissements n'ont pas reparu.

Un jeune homme de vingt-six ans, ferblantier, nous est entré, le 26 janvier, avec les signes classiques d'une tuberculose qui paraît avoir débuté il y a cinq ans. Depuis quelques jours surtout, l'appétit était perdu et les digestions étaient difficiles. Nous lui fîmes prendre, avant chaque repas, un paquet de poudre dans lequel il y avait 2 grammes de bismuth et 2 centigrammes de poudre d'opium brut ; puis, après chaque repas, 2 gouttes d'acide chlorhydrique dans deux cuillerées d'eau froide. Dès ce jour, le malade cessa de vomir et digéra plus facilement. Le 22 avril, le malade, très amélioré, allait à Vincennes.

Chez une jeune fille de dix-neuf ans, entrée le 25 juin à la salle Saint-Charles et qui se plaignait de perte d'appétit, de renvois acides, de pyrosis, de ballonnement du ventre après avoir mangé, nous avons employé la teinture amère de Baumé, à la dose de 2 gouttes, avant chaque repas ; de plus, cette jeune fille prenait 3 gouttes d'acide chlorhydrique aussitôt après avoir mangé. Le 4 juillet, déjà l'appétit reprenait et les digestions devenaient plus faciles. Le 24 juillet enfin, la malade se trouvait si bien, qu'elle demandait à aller au Vésinet.

Un homme de trente-huit ans, ébéniste, entré le 19 mai à la salle Saint-Paul, toussait depuis huit mois, et, depuis trois mois, il vomissait en toussant les aliments qu'il venait d'ingérer. C'était surtout la viande que son estomac ne pouvait supporter. Le 20 mai, nous lui fîmes prendre, avant chaque repas, 1 milligramme de morphine en solution, puis, après chaque repas, 3 gouttes d'acide chlorhydrique. Le jour même, il pouvait manger de la viande sans la rejeter. Le 23 mai, il vomissait de nouveau ; cette fois, je remplaçai la morphine par 3 gouttes de laudanum, et, quoique le malade ait continué à beaucoup tousser, il a cessé de vomir.

Un ouvrier sellier, âgé de vingt ans, toussait et perdait ses forces depuis un an. Les hémoptysies, la fièvre et les sueurs nocturnes l'avaient contraint à renoncer à son travail ; cependant l'appétit persistait et les digestions se faisaient assez bien. Mais, le 3 mai, il se plaignit d'une douleur d'estomac et il lui fut impossible de prendre plus de quelques bouchées. On lui donna 3 gouttes d'acide chlorhydrique après chaque repas, et les digestions devinrent plus faciles. C'était à cette médication que le

malade devait, nous disait-il, de pouvoir aller en convalescence à Vincennes.

Chez une malade de vingt-deux ans entrée le 12 février, le début de la tuberculose paraissait remonter à six mois seulement. Au moment de son entrée, cette femme se plaignait d'une perte d'appétit datant de quinze jours, de douleurs à la région épigastrique, d'un dégoût prononcé pour les aliments et d'un sentiment de pesanteur extrême, lorsque les aliments avaient été introduits dans l'estomac.

Pour rappeler son appétit, nous lui donnâmes, avant chaque repos, une tasse de macération de quassia amara, mêlée à du sirop d'écorces d'oranges amères, puis après chaque repas 3 gouttes d'acide chlorhydrique dans 30 grammes d'eau. Dès le 15 février, l'amélioration se faisait sentir, l'appétit renaissait. La malade devenait très gaie et mangeait avec grand appétit. Le 28 février, cette femme nous quittait, par cette raison qu'elle trouvait la nourriture de l'hôpital insuffisante.

La *diarrhée* (et je suis de l'avis de M. Fonssagrives) est bien moins fréquente qu'on l'a dit ; mais elle l'est encore trop. Il en est de plusieurs espèces : diarrhée catarrhale, diarrhée par surcharge alimentaire et insuffisance digestive, diarrhée par ulcérations tuberculeuses, diarrhée colliquative.

La diarrhée catarrhale, qu'on observe parfois au début de l'affection, doit être traitée par le régime, d'abord, associé à l'emploi du sous-nitrate de bismuth, à la dose de 5 ou 10 grammes par jour, donné par paquets de 1 gramme à la fois, soit dans du pain azyme, soit simplement délayé dans l'eau. Je préfère ce mode d'administration aux émulsions sucrées, qui sont assez mal supportées par l'estomac. Quand la diarrhée est liée à l'usage de l'huile de foie de morue ou du laitage mal toléré, ou d'une alimentation systématiquement trop généreuse, le régime doit être, à plus forte raison, modifié : on doit d'abord supprimer l'huile, on peut alors avantageusement la remplacer par le koumys ; le lait, si utile aux tuberculeux, pourra être toléré en l'additionnant d'une cuillerée à café d'eau de chaux par tasse, ou encore en faisant précéder celle-ci d'un paquet de sous-nitrate de bismuth de 1 gramme. Enfin, la diarrhée par surcharge gastrique (les matières alvines contenant parfois des aliments mal digérés et encore reconnaissables en partie), cette diarrhée cédera à l'emploi d'un vomitif (1 gramme à 1g,50 de poudre d'ipécacuanha en trois

doses à dix minutes d'intervalle), pour débarrasser l'estomac, suivi d'un léger laxatif le lendemain pour balayer les entrailles ; et elle ne se reproduira plus, si l'on règle mieux l'alimentation.

Quand l'irritation de la membrane muqueuse est plus profonde, qu'il y a entérite ou gastro-entérite, la médication doit être plus complexe, contre la gastrite le régime alimentaire convenable : petites quantités de lait, un œuf à la coque sans pain, ou poché dans du bouillon, viande crue râpée par 20 grammes à la fois ; un vésicatoire volant à l'épigastre ; contre l'entérite, le bismuth, associé ou non à la poudre d'opium brut, à la dose de 1 centigramme par gramme ; le diascordium, seul, à la dose de 2 à 4 grammes (par 1 gramme à la fois) ou concurremment à l'emploi du bismuth ; ou encore la thériaque à la même dose et de la même façon, en électuaire ou sous forme de poudre. Les astringents ont beaucoup moins de pouvoir et ne sont guère bons qu'en lavement. Le laudanum de Sydenham est excellent, par 1 à 2 gouttes quatre à cinq fois par jour, et par la bouche ; simultanément à son emploi par le rectum à la dose de 5 à 10 gouttes d'emblée, une à deux fois par jour.

En même temps je fais faire de la révulsion sur la peau de l'abdomen, soit en l'excitant matin et soir simplement par des frictions sèches à la flanelle ou stimulantes à l'aide du baume de Fioraventi, d'alcoolat de mélisse ou d'eau de Cologne, suivies d'un léger massage de la région ; soit en recourant à une médication bien plus énergique et très efficace, à laquelle on ne pense guère cependant et qui consiste dans l'application, sur la peau de l'abdomen, de vésicatoires volants de 6 centimètres sur 5 le long du trajet des côlons ou à l'entour de l'ombilic, au nombre successif de trois, quatre ou cinq, appliqués chacun à quatre ou cinq jours d'intervalle et pendant une dizaine d'heures ; j'en ai obtenu de ces résultats que les gens du monde appellent « merveilleux. »

Cette dernière et énergique médication réussit même, au moins pour un temps, dans le cas de diarrhée persistante et profuse, liée aux ulcérations intestinales d'origine tuberculeuse. Il y a là, en effet, bien des élements morbides en action : l'irritation par le processus tuberculeux, provoquant d'abord l'hypercrinie ou diarrhée catarrhale ; puis l'inflammation et la diarrhée plus abondante ; enfin l'ulcération et la diarrhée plus abondante encore (qui se révèle, celle-là, par une horrible et caractéristique féti-

dité). Or, qui ne voit que, dans ces cas, la médication qui n'a aucune prise, comme quoi que ce soit, sur le tubercule, en a, et une puissante, sur l'irritation, l'inflammation, voire même l'ulcération périphymique ?

C'est dans ces cas encore que la médication est rationnelle, qui consiste à porter un caustique sur les ulcérations, origine du mal.

Vous en avez pu voir les effets sur notre malade du n° 54. Astringents, bismuth, opiacés, administrés par l'estomac ou par le rectum, tout avait été employé sans succès. Je pensai alors devoir administrer le nitrate d'argent en pilules. Le premier jour, je donnai une pilule de 1 centigramme qui resta sans résultat ; le lendemain, deux pilules diminuèrent un peu l'intensité de la diarrhée, assez même pour que le malade s'en félicitât déjà. Au bout de trois jours, je prescrivis 3 centigrammes, et notre homme me dit que ses selles sont aujourd'hui réduites à deux ou trois par vingt-quatre heures et qu'elles ne sont plus liquides.

Graves, en Angleterre, donnait même, en pareil cas, de 15 à 25 centigrammes de nitrate d'argent ; mais j'ai voulu précisément vous indiquer ce fait pour vous montrer que le but peut être atteint avec des doses beaucoup moindres. En effet, en allant jusqu'à 4 ou 5 centigrammes, nous avons tari au moins pour un temps, chez notre malade, cette source de déperdition des forces.

Malheureusement, il est des cas où vous échouerez, même avec le nitrate d'argent, même donné à plus forte dose : le mal est trop profond et trop étendu ; la muqueuse n'obéit plus.

La diarrhée *colliquative* est spécialement de cet ordre ; ce n'est ni de l'irritation, ni de l'inflammation, ni de l'ulcération ; c'est un laisser-aller, un abandon, un collapsus des glandules de l'intestin, par lesquelles, inertes, s'échappe comme par la peau la sérosité du sang ; ce n'est pas de la sécrétion, c'est de la transsudation, moins encore, une sorte de filtration, où le dynamisme a aussi peu à voir que la thérapeutique à faire. Il n'y a plus qu'à assister, passif et impuissant, à ce phénomène terminal.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Du traitement des déformations du rachis par la suspension cervico-axillaire ;

Par le docteur Dally, directeur de l'Etablissement orthomorphique du parc Monceaux.

Toute déformation des vertèbres entraîne un raccourcissement plus ou moins apparent de la hauteur cervico-sacrée. Soit que les vertèbres tournent les unes sur les autres et qu'une de leurs moitiés latérales s'affaisse, soit qu'il se forme des arcs latéraux, soit enfin que le corps antérieur de l'un de ces os disparaisse par suite des progrès d'une affection locale, il se produit, sous l'influence du poids des parties supérieures du corps, un tassement dont les effets s'aggravent avec l'âge, en raison même de l'augmentation du poids et de la faiblesse d'une part, d'un usage vicieux des parties d'autre part.

Soustraire les régions inférieures à cette cause permanente d'aggravation et chercher à transmettre le poids par d'autres points que ceux qui sont affectés, a toujours été le but des efforts des chirurgiens et des mécaniciens. Les premiers ont toujours prescrit à cet effet la position horizontale, qui a l'avantage de supprimer la cause la plus active des aggravations ; les seconds ont cherché, dans l'emploi de soutiens de formes diverses, un procédé qui permît de décomposer la résultante de la gravité et de faire supporter au bassin le poids de la tête, des bras et d'une partie du tronc.

A cet effet, on a imaginé, de toute antiquité peut-être, des béquilles qui venaient se fixer sur une ceinture. L'ambition des mécaniciens a été plus loin, et prenant un point d'appui sur cette ceinture, ils ont cru qu'il était possible, à l'aide de plaques ou de lanières, de presser sur les parties saillantes et même d'incliner et de tourner le thorax en différents sens. Mais la théorie non moins que l'observation prouvent combien cette entreprise est vaine. Les parties du corps sur lesquelles on croit prendre un point d'appui fixe sont elles-mêmes mobiles, en sorte que les appareils portatifs destinés à agir dans le sens de l'inclinaison ou de la rotation du tronc ont bien des chances d'ajouter,

à une déformation qu'elles ne peuvent modifier, une seconde déformation qui se produit en raison de la pression exercée sur des segments mobiles. C'est ainsi qu'en cherchant à abaisser une épaule à l'aide d'une bretelle, les prétendus orthopédistes, sans redresser les courbures cervico-dorsales, produisent habituellement des courbures dorso-lombaires.

Quant à la simple sustention du corps à l'aide de béquilles dans le sens vertical, elle offre, dans quelques déformations antéro-postérieures, une certaine efficacité ; non que le poids de la tête et des parties supérieures du tronc soit entièrement reporté sur la ceinture pelvienne, il s'en faut, mais tout au moins ce poids est diminué d'une quantité qui varie approximativement, selon les sujets, du quart à la moitié. Ce résultat peut d'ailleurs être accru, si l'on ajoute à l'appareil un bandage de corps, modifié dans sa forme selon les cas, qui prend son point d'appui sur les tiges des béquilles.

Mais ces procédés ne réalisent que très imparfaitement les indications physiologiques. Il est facile de comprendre que si l'on veut exercer sur un organisme segmenté et mobile une action mécanique, c'est en dehors de cet organisme qu'il faut chercher un point d'appui fixe. Les lits mécaniques de Shaw, Pravaz, Bouvier, Masonabe et autres, dans lesquels on exerçait une extension cervico-dorsale et une contre-extension lombo-pelvienne à l'aide de treuils, offraient au point de vue purement mécanique la solution recherchée. Mais le côté mécanique n'est pas seul en question, et ce n'est pas sans inconvénient que l'on a pu soumettre pendant des années des sujets déformés à l'extension et à la contre-extension horizontale, durant des journées entières. Aussi peu à peu les lits mécaniques ont-ils disparu ; Jalade-Lafond, Duval et Bouvier en ont fait, je l'espère, les dernières applications. Toutefois, j'ai hâte d'ajouter que les principes de la suppression de la gravité et de l'extension ligamentaire restent excellents, et que la science moderne, après bien des tâtonnements, a décidément fait justice des théories sans nul fondement de M. Jules Guérin, sur la production des dysmorphies rachidiennes et autres par l'action musculaire.

On peut établir, au point de vue du traitement, deux catégories bien distinctes de déformations rachidiennes : celles qu'il faut traiter par l'immobilité en vue de l'ankylose, et celles qu'il faut traiter en vue du redressement et de la restitution des mouve-

ments normaux intervertébraux. La plupart des affections aiguës du rachis, la carie, l'ostéite, l'arthrite aiguë, tuberculeuse ou scrofuleuse, — je m'abstiens à dessein de me servir de cette confuse expression de *mal de Pott*, — rentrent dans la première catégorie. Les lordoses et les scolioses, c'est-à-dire les déformations chroniques liées à la faiblesse proportionnelle des ligaments et aux attitudes vicieuses prolongées, rentrent dans la seconde. Or, il se trouve que, dans les deux cas, il y a une indication commune : l'extension du rachis. Quand on veut obtenir l'ankylose, il importe de l'obtenir avec le minimum de la déformation, c'est-à-dire d'immobiliser les vertèbres dans la plus grande extension possible.

Reprenant les idées de Glisson, de Nuck, de Levacher, de Delpech et d'autres praticiens, un chirurgien américain, le docteur Sayre, a eu l'idée, il y a trois ou quatre ans, d'étendre le rachis par la suspension cervicale et axillaire et d'adapter un bandage inamovible durant l'extension. A cet effet, il applique aux malades le collier connu sous le nom de *collier de Nuck*, lequel a un peu moins de deux cents ans et qui, pour la circonstance, a pris le nom d'*appareil de Sayre ;* ce collier s'ajuste sur le maxillaire inférieur, sur l'occipital ; des lanières sous-axillaires soigneusement adaptées, et à l'aide d'une corde passant sur deux moufles accrochées au plafond, on soulève graduellement le sujet jusqu'à ce que l'extrémité des pieds repose seule sur le sol. A ce moment, on applique autour du corps des bandes de mousseline imprégnées de plâtre fin, et l'on intercale au besoin des lames de fer-blanc très souples entre les tours de bande, de façon à augmenter la force du bandage. On a eu soin de recouvrir la peau d'un gilet de tissu fin exactement ajusté, et d'autre part de protéger, à l'aide de coussinets, les parties saillantes. Cet appareil peut durer plusieurs mois ; on le renouvelle généralement au bout de trois à quatre mois.

Je dois ajouter ici que, très généralement employée en Amérique, la méthode de Sayre est arrivée en Angleterre, où elle a été le sujet, au congrès médical de Manchester (1877), d'une discussion qui est tout à son avantage.

La seconde catégorie des déformations rachidiennes auxquelles l'extension est applicable comprend, nous l'avons dit, les scolioses et les lordoses, c'est-à-dire les déviations vertébrales dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal, causées par

l'action prolongée du poids proportionnellement excessif du corps dans une attitude normale ou dans une attitude vicieuse. Il est évident que la suspension cervicale réalise ici une indication manifeste. Le point d'appui de la pesanteur, au lieu d'être sur le sol, est au-dessus du sujet, de sorte que non seulement le poids des parties supérieures est supprimé, mais utilisé par l'extension, au lieu de contribuer à la compression. La direction de la gravité est renversée.

Mais il ne sert de rien d'avoir étendu le rachis, si l'on ne peut fortifier les agents qui doivent maintenir l'extension, c'est-à-dire les ligaments et les muscles. L'extension passive, à elle seule, est donc insuffisante, il faut mettre en œuvre les procédés que Royer-Collard appelait si justement *organoplastiques*. Néanmoins, tout insuffisante qu'elle est, l'extension n'en reste pas moins indispensable.

En effet, dans toutes les scolioses les vertèbres sont en rotation sur leur axe. Si la rotation est extrêmement faible, il suffit de diminuer le poids des parties postérieures du corps pour leur restituer leur direction normale à l'aide d'un mouvement imprimé ou dirigé. Mais aussitôt que, dans l'attitude verticale, ce poids reprend son action, les vertèbres se tordent de nouveau. Si la rotation est considérable, la vertèbre est proportionnellement modifiée dans sa forme. Ses articulations apophysaires et costales sont également déformées ; elles tendent à s'ankyloser dans une attitude vicieuse, c'est ce qu'il faut empêcher, sous peine de voir les articulations voisines supporter un effort au-dessus de leurs moyens de résistance et se déformer de proche en proche.

La suspension cervicale ou cervico-axillaire permet, à l'aide de manipulations convenables, de restituer la mobilité articulaire normale là où elle n'est pas complètement abolie et, par suite, de provoquer avec plus de fruit, à l'aide des courants galvaniques, des douches, des exercices localisés, des attitudes raisonnées, une restitution plus ou moins complète de l'action des ligaments et des muscles. Il n'en est pas ici autrement que dans une articulation quelconque enraidie, à laquelle on peut rendre le jeu mécanique et lui ajouter le mouvement contractile.

Telle n'est pas la pratique de M. Sayre ; même dans ces cas où il ne peut être rationnellement question de chercher à provoquer l'ankylose, il applique le bandage plâtré, en y joignant toutefois, à titre d'exercice, la suspension cervico-axillaire, asso-

ciée à de profondes inspirations et à l'exercice de traction pendant la suspension, en ayant soin de placer la main qui soulève le corps au-dessus de la tête, et de choisir la main qui répond à la concavité des courbures vertébrales. Il y a à cet énoncé tant de points à reprendre qu'il convient, en vue de nous restreindre, de les réserver. Toutefois, ayant rendu justice à M. Sayre en ce qui touche son ingénieuse application du bandage plâtré pendant la suspension cervico-axillaire dans la déformation angulaire, je ne peux lui accorder aucune priorité pour ce qui est de ce procédé dans le traitement des déformations habituelles, *ab habitudine*, chroniques.

En effet, depuis Glisson, qui, dès 1650, dans son célèbre ouvrage *De Rachitide*, avait amplement décrit la suspension artificielle du corps : « Artificial Hanging of the Body », ce procédé n'a jamais été abandonné. J'ai cité Nuck et Levacher et quelques autres chirurgiens. On trouvera dans l'ouvrage de Hirsch, *Die Orthopedie* (Prague, 1845), une description complète de l'appareil dit *de Sayre*, avec planches et mode d'emploi. Le docteur Barnard a publié, dans le *British Medical Journal* et dans le *Lancet* (février 1878), une lettre où il relate les observations prises chez les docteurs Kloptsh, à Breslau, et Schildbach, à Leipzig, sur un appareil identique à celui de Sayre fixé verticalement à une tige horizontale sur un mât tournant sur son axe ; le sujet est soulevé à l'aide de moufles, et, ajusté de façon que l'extrémité seule des orteils touche le sol, fait le manège à la manière du jeu gymnastique connu sous le nom de *vindas* ou pas de géant.

Frappé des inconvénients de l'extension mécanique du rachis dans la position horizontale, j'ai moi-même fait construire, en 1871, par M. Guillot, un lit oblique pouvant être redressé verticalement et sur lequel les sujets étaient fixés de façon que le poids du corps servît à l'extension. Mais je n'ai pas trouvé que le procédé eût des avantages suffisants pour compenser les soins extrêmes qu'exigeait son emploi. J'ai eu néanmoins à m'en louer dans plusieurs cas de scoliose cervicale et de torticolis occipito-atloïdien. J'ai donc été assez étonné de voir, dans les *Archives générales de médecine* (avril 1878) et dans la *Gazette médicale* (10 août 1878), la priorité de la suspension cervico-axillaire attribuée à M. Benjamin Lee, de Philadelphie. Les chirurgiens américains ont quelque droit d'ignorer ce qui se passe et ce qui s'est passé sur l'ancien continent, mais non les Français. Il est

vrai que, comme certains vins, *retour de l'Inde*, les provenances d'outre-mer ou d'outre-Rhin ont pour beaucoup de nos confrères une incomparable saveur. Il suffit, pour en trouver la preuve, de lire les thèses contemporaines d'agrégation. On sera frappé de voir que, sur bien des points excellemment traités par nos concitoyens, les candidats invoquent, à grand renfort d'érudition, l'autorité germanique; je pourrais citer telle de ces thèses récentes sur un sujet dont l'étude vraiment scientifique est toute française, et où, en regard de quinze ou vingt noms choisis parmi les plus obscurs de nos glorieux rivaux, on trouve à peine trois Français. Encore est-il que l'un d'eux était juge du concours.

Je répète donc ici que le traitement des déformations chroniques du rachis par l'extension cervicale et par la suspension a toujours été la thèse favorite des orthopédistes français et anglais, et qu'en la reprenant sans l'améliorer, M. Sayre, comme M. Lee, sont de quelque soixante années en arrière, pour ne rien dire de Glisson avec qui il faudrait compter par siècles, et de son escarpolette anglaise. Pourquoi avons-nous renoncé presque entièrement à ces procédés mécaniques? C'est d'abord parce que, quoi qu'on en dise, ils exigent une grande surveillance, c'est-à-dire l'application dans un établissement spécial, et, d'autre part, parce qu'ils ne donnaient pas à eux seuls de résultats suffisants. En effet, l'extension ne suffit pas pour rendre aux organes la force nécessaire au maintien de la rectitude. Les individus étendus s'affaissent comme devant, dès qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes.

On a donc préféré, insuccès pour insuccès, ces détestables appareils portatifs qui, sous le nom de *corsets* prétendus orthopédiques, de fourches, de cuirasses, de croix à leviers ou sans leviers, contribuent à augmenter les déformations qu'ils sont supposés guérir. Ici tout au moins, à l'aide d'une quantité suffisante de ouate, on peut dissimuler les difformités et donner au buste une forme cylindrique.

Mais aujourd'hui qu'à l'extension rachidienne nous pouvons associer un ensemble de procédés réguliers parfaitement connus, qui non seulement peuvent favoriser par eux-mêmes le redressement articulaire, mais sont encore aptes à rendre directement aux tissus leurs propriétés nutritives, il faut restituer à la méthode orthomorphique la place qui lui convient.

Toute déformation chronique du rachis offre, en effet, comme

indication première, une élongation de la portion de ligaments vertébraux raccourcie *par adaptation à une attitude vicieuse* ; il suffira, d'ailleurs, souvent d'allonger ces ligaments pour favoriser le redressement. A cet effet, durant la suspension cervico-axillaire, il importe de pratiquer des manipulations, qui ont pour effet de favoriser la détorsion vertébrale en assouplissant les articulations inter et costo-vertébrales de la convexité, qui sont en général le siège de tuméfactions et de proliférations conjonctivales et périostiques. Pratiquer exclusivement ces manipulations dans la position horizontale, le sujet étant dans le décubitus ventral, c'est se priver des avantages de l'extension, dont l'effet est de placer les articulations dans le relâchement du côté des convexités. Or, c'est pendant le relâchement des tissus que l'effet absorbant ou résolutif du *massage* se produit avec le plus d'intensité. On obtient ainsi une sorte d'assouplissement immédiat des jointures qui favorise les tentatives de redressement des vertèbres déviées, et permet aux muscles de récupérer une partie de leur action. Sans doute, tout cela se produit à chaque séance dans une faible mesure. Ce n'est que par la répétition fréquente de ces manœuvres et de la gymnastique consécutive qu'on peut obtenir quelques résultats ; et encore ces résultats sont-ils bien souvent annihilés par les effets des pressions que supportent les vertèbres dans l'attitude verticale. Il faut donc le plus possible éviter cette attitude. On est singulièrement aidé au surplus par l'application des courants continus de faible intensité, appliqués durant l'attitude bien déterminée horizontale, à l'aide de plaques que l'on laisse en place pendant un temps qui varie entre un quart d'heure et une heure. Ces courants sont éminemment trophiques. Enfin l'hydrothérapie et principalement les douches froides de courte durée et de forte pression viennent joindre leur action tonique aux effets précédents.

La suspension cervico-axillaire, associée à cet ensemble de moyens organoplastiques, représente donc ce qu'il y a de plus rationnel. Isolée de ces agents fondamentaux, elle n'offre à mes yeux aucune valeur thérapeutique. Associée au bandage de corps permanent inamovible, elle devient aussi pernicieuse dans la scoliose, qu'elle est avantageuse dans la déformation angulaire aiguë. Le but de ce bandage est, en effet, d'immobiliser le plus possible le rachis. On vise à l'ankylose. Or, viser à l'ankylose rachidienne dans la scoliose, c'est commettre la plus lourde des

fautes; car non seulement on prive, en ce cas, les malades des mouvements naturels de certaines portions du rachis, mais encore on produit au-dessus et au-dessous des régions ankylosées des déformations liées à l'excès de pression qu'elles supportent et à l'étendue excessive de leur champ d'extension articulaire. Si, en effet, l'étendue des mouvements du rachis se mesure par la somme des mouvements partiels des vertèbres, c'est par une augmentation énorme du jeu de celles qui restent libres que les sujets arrivent à un état voisin de la compensation. De là, des déformations secondaires nombreuses et notamment des ensellures lombaires et cervicales dont les inconvénients sont considérables.

Cependant je reconnais que le bandage de corps, renouvelé chaque jour, trois fois par semaine au moins, peut, dans l'intervalle des exercices auxquels il convient de soumettre les scoliotiques, rendre des services. Ce qu'il importe de ne pas perdre de vue, c'est le but profondément distinct qu'il faut poursuivre dans les arthrites aiguës avec déformation angulaire et dans les simples scolioses qui, ainsi que cela est établi, sont liées à la pesanteur agissant avec une certaine fréquence ou continuité sur des articulations proportionnellement trop faibles placées dans des attitudes vicieuses (1).

J'ai fait construire, il y a quelques mois, plusieurs colliers ajustés à l'appareil dit *de Sayre* (qu'il serait plus exact de restituer à Glisson, à Nuck ou à Delpech) et je dois dire que les résultats que j'ai obtenus sont très satisfaisants. Cet appareil est d'un maniement facile; employé avec prudence, il peut être confié, sous la surveillance des médecins, aux familles elles-mêmes. Il peut être ajusté au-dessus d'une table ou d'un piano, et remplacer les ceintures Minerve de Levacher. Il peut être gardé, non sans gêne tout d'abord, pendant une heure ou deux en maintenant une extension modérée, de façon à permettre certains mouvements de la tête. Enfin, il peut servir d'exercice gymnastique parfaitement localisé ; en effet, une sorte de lutte régulière s'établit entre la force de traction et la résistance des articulations cervicales, et le jeu alternatif peut être fréquemment répété.

Une pratique de plus d'une année, répétée sur vingt-quatre sujets, avec plus ou moins de suite, ne m'a montré aucun danger.

---

(1) Voir mon mémoire lu à l'Académie de médecine sur ce sujet, séance du 3 août 1878.

Et quand on connaît, pour un sujet donné, le degré et le mode de résistance spontanée, la surveillance peut être moins rigoureuse. Mais il est de la plus haute imprudence, ainsi qu'on le fait chez quelques fabricants d'appareils dits *orthopédiques*, d'appliquer à tout venant, sous la direction d'un ouvrier, la suspension cervico-axillaire.

MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE

Nouvelles recherches sur les propriétés de l'écorce de coto et de ses principes actifs ;

Par le docteur FRONMULLER, de Furth, et le professeur BAELZ, de Tokio, au Japon (1).

Dans le numéro du 15 janvier 1878 de la *Revue des sciences médicales*, il a déjà été question de l'écorce de coto et de ses propriétés thérapeutiques. On y trouve le résumé du travail qui a été publié en 1878 dans la *Clinique hebdomadaire de Berlin*, par le docteur Burkart, de Stuttgard.

Je rappellerai en quelques mots, en mettant à profit le travail de Burkart, déjà résumé, et les nouvelles recherches du docteur Fronmüller, l'histoire naturelle de cette écorce, les analyses chimiques, enfin les essais thérapeutiques dont elle a été l'objet.

Les naturalistes ne sont pas d'accord sur la famille à laquelle appartient le coto. Pour les uns, c'est une laurinée ou une thérébinthacée ; pour les autres, une pipéracée. Ces derniers semblent avoir raison, si l'on tient compte des effets produits par ce végétal. Le professeur Herz, le premier, dans les *Archives de pharmacie* du mois de septembre 1875, en a donné une description très complète. C'est une plante qui présente des branches de 20 à 30 centimètres de longueur, en moyenne ; mais on en trouve de plus courtes, dont la cassure est irrégulière, rectiligne ou en forme de cintre. Leur grosseur est variable ; on peut dire, d'une façon générale, que leur diamètre transversal varie de 8 à 14 millimètres. La plante a, dans son ensemble, une couleur

(1) Traduit de l'allemand par le docteur Alex. Renault (*Rev. méd.-chir. de Vienne*, septembre 1878).

rougeâtre, analogue à celle de la cannelle; l'odeur en est aromatique, mais le goût en est âcre, légèrement amer. Elle n'est point mucilagineuse, et ne possède pas, non plus, de goût astringent.

Les premières analyses de l'écorce de coto furent faites par Wittstein, de Munich, et Julius Jobst, de Stuttgart. Ce dernier parvint à isoler le principe actif de cette écorce, qu'il nomma *cotoïne*.

La cotoïne est une substance cristallisable, que l'on obtient en traitant par l'éther l'écorce réduite en petits morceaux. Elle a pour formule $C^{21}H^{20}O^{6}$. Le coto en contient 1,5 pour 100.

Le même chimiste a trouvé dans l'écorce de coto un autre élément cristallisé, qu'il appelle *paracotoïne*, et dont la formule est la suivante : $C^{19}H^{12}O^{6}$.

L'écorce de coto a été employée en thérapeutique à l'état de poudre et de teinture alcoolique. Les expériences ont été faites successivement par le professeur Gietl, de Munich; les docteurs Burkart et Riecker, de Stuttgard, et enfin le docteur Fronmüller, de Furth. La statistique de ce dernier se compose de deux cents cas au moins.

Il a d'abord prescrit ce médicament contre les diarrhées qui avaient résisté à tous les autres moyens. Sur quatre-vingt-cinq cas de diarrhées, la plupart colliquatives, d'origine typhoïde ou tuberculeuse, il compte cinquante guérisons, vingt-six améliorations et neuf résultats nuls. Les doses de teinture employée ont été très variables, puisque le docteur Fronmüller l'a donnée depuis 50 centigrammes jusqu'à 25 grammes par jour.

Dans la plupart des cas, la diarrhée reparaît au bout de quelques jours, mais le retour au traitement en triomphe rapidement et définitivement alors; les selles deviennent régulières et reprennent leur consistance normale. L'expérience prouve que le succès du médicament est en rapport direct avec la dose administrée. En général, il n'a pas réussi quand on l'a donné à faible dose. La teinture doit être composée de 1 partie d'écorce pour 9 parties d'alcool à 58 degrés. Il est très important qu'elle soit préparée avec soin, autrement elle détermine dans le gosier une sensation de brûlure que les malades redoutent. Mais quand le médicament est bien préparé, l'estomac le supporte sans peine. L'appétit se conserve, tandis que les autres moyens généralement usités contre la diarrhée, tels que l'opium,

le tannin et le nitrate d'argent, entraînent l'anorexie au bout de peu de temps.

La dose moyenne à administrer chaque jour doit être de 7g,50 environ en trois doses égales. On les prend pures ou sur un morceau de sucre, ou enfin mélangées à l'eau.

La teinture de coto a donné également d'excellents résultats contre les sueurs profuses. Le docteur Fronmüller cite, entre autres, l'observation d'un phthisique, qui avait en même temps une diarrhée colliquative et des transpirations extrêmement abondantes. Une forte dose de teinture de coto arrêta simultanément cette double complication. Sur quatre-vingt-onze observations réunies par le docteur Fronmüller, trente-quatre fois les sueurs ont disparu complètement ; trente-six fois elles ont diminué, et vingt et une fois le résultat a été nul. La dose de teinture employée a varié de 50 centigrammes à 25 grammes par jour.

La teinture peut être remplacée par la poudre de cotoïne, 15 centigrammes de poudre correspondent à 5 grammes de teinture. Six heures après l'ingestion de ce médicament, l'urine, traitée par l'acide nitrique, prend une coloration rouge intense.

Enfin, au mois de juillet 1877, le professeur Baelz a eu l'idée d'employer la paracotoïne contre le choléra qui a sévi à Yokohama, au Japon. Le médicament a été administré en injections sous-cutanées, de 20 centigrammes chacune. Malheureusement il n'a pu traiter de cette façon que cinq malades, en raison de la faible quantité de paracotoïne qu'il avait à sa disposition. Les résultats obtenus doivent sérieusement engager les médecins à expérimenter ce nouveau moyen.

Il faut se rappeler que la paracotoïne se dissout difficilement. Le meilleur moyen est de l'incorporer à un mélange d'eau et de glycérine, à parties égales, et elle peut être administrée à l'intérieur à la même dose qu'en injections.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des accidents qui peuvent survenir chez les morphiomanes; morphinisme et traumatisme (1);

Par M. le docteur L.-Henri Petit,
sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

I. *Expérimentation.* — M. Levinstein avait observé chez des morphiomanes une albuminurie paraissant proportionnelle à la durée de l'usage de la morphine et à l'élévation de ses doses.

Pour s'assurer que cette albuminurie ne tenait bien qu'au morphinisme, cet auteur a fait quelques expériences sur des animaux : trois chiens et douze lapins furent empoisonnés avec de la morphine.

L'apparition de l'albumine dans leur urine fut constatée pour des doses du toxique de 40 à 50 centigrammes, qui entraînaient la mort dans un temps variable d'une à six heures. Pour des quantités plus faibles (trois injections quotidiennes de 2 à 3 centigrammes), l'albumine se montra au bout de deux ou trois jours, atteignit son apogée le quatrième, puis diminua progressivement.

Levinstein avait observé également de la glycosurie chez quelques-uns de ses malades ; or, sur six lapins, intoxiqués mortellement dans l'espace de deux à six heures, cet auteur, outre l'albumine, a trouvé cinq fois du sucre. Malheureusement il n'a pas examiné les viscères des animaux sacrifiés.

Cette lacune se trouve en partie comblée par les expériences de MM. Laborde et Calvet. Chez deux chiens, ils firent des injections successives et journalières de chlorhydrate de morphine aux doses croissantes de 5, 7, 10, 12, 15 et 20 centigrammes pendant un mois et demi.

A l'autopsie, on trouve une anémie de la substance nerveuse du cerveau et de la moelle, des plaques d'apoplexie dans les poumons, de la congestion et des ulcérations de la muqueuse de l'estomac et des intestins, le foie et les reins très congestionnés.

L'examen microscopique des muscles du train postérieur permet d'y constater l'existence de lésions attribuées à l'influence de la morphine sur le système nerveux.

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

On a également trouvé des traces de morphine dans ces organes, dans le sang et diverses sécrétions de l'organisme.

Pendant la vie on n'avait pu examiner l'urine ; dans les premiers jours de l'expérience l'animal urinait très souvent; plus tard, les urines diminuèrent à tel point qu'en deux jours on n'en put recueillir une quantité suffisante pour en faire l'analyse chimique.

Enfin on trouva des lésions du fond de l'œil qu'on peut considérer comme analogues à celles de l'albuminurie et du diabète.

On peut faire à ces expériences l'objection suivante : les résultats obtenus chez les animaux peuvent-ils être comparés à ce qui se passe chez les morphiomanes ?

En effet, dans le premier cas, les doses de morphine injectées ont été augmentées rapidement, sans que l'animal eût le temps de s'habituer à ce changement de régime, et il le toléra si mal, que dans la plupart des expérimentations la mort est survenue en peu de temps. Chez les morphiomanes, au contraire, les doses sont augmentées suivant une progression infiniment plus lente, et ce n'est qu'après plusieurs mois que les doses sont portées à des quantités égales à celles qu'on atteint chez les animaux en quelques jours. C'est un empoisonnement *aigu* que l'on produit chez les animaux, tandis que cet empoisonnement est *essentiellement chronique* chez l'homme.

Quoi qu'il en soit, les lésions viscérales constatées par MM. Laborde et Calvet sont extrêmement intéressantes, car elles expliquent la production du diabète et de l'albuminurie chez les morphiniques. Elles ont encore une autre importance : c'est qu'elles sont analogues (en tenant compte de la différence d'âge de ces lésions) à celles que l'on a observées chez les alcooliques, ce qui justifie, à ce point de vue, l'assimilation que Levinstein avait faite du morphinisme à l'alcoolisme.

Un élève de M. Charcot, M. Dalbanne, admet aussi que l'état général du morphiomane est analogue à celui des alcooliques. Il rapporte, d'autre part, que M. Charcot a vu, dans le cours d'une pneumonie, un délire furieux apparaître tout à coup chez des ataxiques ou autres malades abusant de la morphine, et cette pneumonie avoir une tendance à se terminer par la gangrène du poumon (1).

(1) Dalbanne, *Essai sur quelques accidents produits par la morphine* (thèse de Paris, 1877, p. 14).

Quoi de plus saisissant que ce rapprochement, au point de vue de la terminaison, entre la pneumonie des alcooliques, des diabétiques et des morphiniques?

Ceci nous conduit naturellement à l'influence du morphinisme sur les plaies et sur les blessés.

II. *Clinique.* — En dehors des faits signalés précédemment, je n'ai recueilli qu'un seul cas de traumatisme chez un morphinique par suite d'injections sous-cutanées, mais j'ai été plus heureux en ce qui concerne les fumeurs d'opium.

Bien que ces documents nous aient semblé peu concluants, nous avons cru néanmoins devoir leur consacrer une assez large place dans ce travail, d'abord parce qu'ils sont à peu près inconnus en France, ensuite parce qu'ils serviront certainement à attirer l'attention sur ce point encore peu exploré de la pathologie.

Obs. V. — Leidersdorf rapporte qu'un homme de trente-deux ans qui, au bout d'un an de morphiomanie, s'injectait 1g,50 de morphine par jour, tenta de se suicider; il se fit une incision de 2 pouces de long avec un rasoir. Il survint un érysipèle et la guérison fut très lente (*Wiener med. Wochenschr.*, 1876, p. 648).

(*La suite au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

Pneumonie rhumatismale rémittente.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Permettez-moi de vous communiquer une observation très intéressante de pneumonie rhumatismale rémittente. Je pourrais aussi l'appeler *bâtarde* et même *intermittente*, mais ces deux dernières formes ont disparu, pour faire place : la première, à la pneumonie franche, en devenant centrifuge et partant accessible à l'oreille ; la seconde, à la rémittence, en devenant de plus en plus continue, mais avec de fortes exacerbations.

Le porteur de cette maladie était un jeune garçon de onze ans, d'une santé très délicate, lymphatique et sujet à de fréquentes bronchites. Le 8 décembre il revint de l'école triste, abattu et accusant de petits frissons erratiques. Sa mère le força à se coucher et lui fit prendre des tisanes chaudes. Le lendemain, il prétendit être bien et retourna à l'école, mais il rentra bientôt, avec une forte céphalalgie, un point de côté, oppressé et toussant

plus que de coutume. Ni l'auscultation, ni la percussion ne me donnèrent des signes positifs; néanmoins, vu l'accélération et la force du pouls (125 à la minute), la chaleur élevée du corps, la rougeur des pommettes et les symptômes précédemment cités, je crus à l'existence d'une pneumonie, mais d'une pneumonie bâtarde, c'est-à-dire centrale ou tout à fait interne. Ces pneumonies, qui ne sont, du reste, bâtardes que pendant les premiers jours de la maladie, sont assez fréquentes chez les enfants avant douze ans, et, quoi qu'on en dise, pour peu qu'on ait l'habitude des malades et le désir d'observer, il suffit d'en être prévenu, pour ne pas les méconnaître.

Mon malade resta dans l'état que je viens de dire jusqu'à onze heures du soir, puis les symptômes diminuèrent d'intensité et la fièvre disparut. Elle revint le lendemain, vers midi, mais elle disparut de nouveau le soir, un peu avant l'heure de la veille. Depuis le 12 décembre la fièvre devint continue, mais avec de forts redoublements de trois à quatre heures de durée ; le pouls était alors à 125, tandis que, pendant les rémissions, il n'était que de 100 à 105. Les signes thoraciques devinrent, en même temps, perceptibles à l'oreille ; les râles crépitants et le souffle tubaire qui le suivit de près confirmèrent mon diagnostic et accusèrent de plus la marche de l'inflammation vers la face externe du poumon gauche. C'est aussi à ce moment que la douleur de côté devint intolérable, au point de nécessiter une application de sangsues.

Mais, si la fièvre, d'intermittente qu'elle était, devint rémittente, tous les autres symptômes décelèrent bientôt une origine plus diathésique, en alternant dans leur marche avec des douleurs articulaires qui, dès le 14 décembre, vinrent jeter une lumière nouvelle sur la vraie nature de l'affection pulmonaire. En effet, le cinquième jour de la maladie et deux jours après que les signes stéthoscopiques de la pneumonie furent perçus par l'oreille, des douleurs articulaires aiguës envahirent les deux genoux ainsi que les hanches, et, pendant toute la durée de ce rhumatisme aux membres inférieurs, le point de côté, l'oppression, les râles crépitants et le souffle tubaire disparurent complètement.

Comme c'était pour la première fois que je me trouvais en face d'un pareil phénomène, j'avoue qu'au premier abord, au lieu d'y voir un rhumatisme ambulant, et partant une pneumonie rhumatismale dans l'affection pulmonaire, je me demandai si, par hasard, je n'avais pas mal ausculté la veille. Mais à ma visite du soir le doute cessa. Une bascule en sens inverse des principaux symptômes m'éclaira définitivement sur la nature de la fluxion de poitrine ; les douleurs articulaires avaient disparu, tandis que les symptômes de pneumonie se montraient de nouveau.

Ces alternatives de rhumatisme articulaire et de pneumonie se succédèrent assez régulièrement pendant quatre jours. C'était à

peu près vers cinq heures du matin et vers quatre heures du soir que le rhumatisme changeait ordinairement de siège. Enfin, le poumon l'emporta et la pneumonie redevint continue. Depuis ce jour, c'est-à-dire depuis le 18, elle resta stationnaire. La fièvre, sous l'influence de la quinine, s'amenda bien un peu, les rémittences furent moins accentuées, mais le souffle tubaire de la pneumonie et les autres symptômes persistèrent jusqu'au 24 décembre, en augmentant peu à peu d'intensité. C'est alors que, fatigué du traitement habituel de la pneumonie, auquel j'avais soumis mon malade, je cherchai à rappeler le rhumatisme aux membres inférieurs. Dès les premières applications de sinapismes aux genoux, les symptômes thoraciques diminuèrent d'intensité, et lorsque, deux jours après, les articulations furent de nouveau envahies, ces symptômes disparurent totalement. Les applications de sinapismes furent continuées encore pendant cinq jours, puis j'abandonnai tout traitement, me contentant de faire entourer les jointures douloureuses d'ouate bien chaude. Peu à peu le rhumatisme disparut, mais la pneumonie ne revint plus.

Je ne m'arrêterai pas sur toutes les réflexions que fournit cette observation ; un mot cependant sur la rémittence. On a vu que, tandis que tous les autres symptômes de la pneumonie, tout en alternant avec le rhumatisme articulaire, augmentaient constamment d'intensité, la rémittence seule, comme si elle constituait un élément morbide indépendant de la nature de la phlegmasie, s'amendait au contraire et disparaissait peu à peu, sous l'influence de la quinine. Certes, il n'y a rien ici qui étonne, bien entendu au point de vue empirique; mais, ces redoublements étant considérés souvent comme de simples exacerbations inhérentes à des affections aiguës et même comme un de leurs caractères distinctifs et que, par suite de cette raison, on se dispense de combattre séparément, je me permets d'attirer l'attention du lecteur sur ce point. Or, de même que dans une maladie se déclarant chez un sujet porteur d'une diathèse quelconque, cette dernière, en revêtant la maladie de son cachet, nécessite d'être prise en considération dans le traitement, de même aussi les redoublements, pour peu qu'ils soient forts, doivent faire supposer l'action délétère des miasmes sur l'élément morbide primitif, dont elle modifie la manière d'être en lui imprimant, sous forme d'exacerbation, le cachet de rémittence, et partant ils doivent aussi être traités en conséquence.

Il ne faudrait cependant pas pousser l'exagération en sens contraire, et croire avec certains médecins que, partout où il y a rémittence, surtout dans les pays où les fièvres intermittentes ne sont pas rares, la maladie principale soit toujours de nature miasmatique et qu'il ne faut que la quinine pour tout traitement. Cette manière d'envisager les choses peut être plus nuisible encore au malade que la croyance contraire. Dans une foule de cas, la maladie n'emprunte à la rémittence que le manteau ; elle

s'en couvre, mais elle n'est pas la source même de l'affection. Ce n'est alors qu'une simple complication qui doit être combattue comme telle, mais qui ne doit pas faire oublier l'affection principale. Il va sans dire que je ne fais allusion ici qu'aux pays où les fièvres intermittentes sont généralement bénignes, non épidémiques, dues à des émanations non marécageuses et relativement peu intenses. Dans les pays, au contraire, où il y a des marais, sur les bords de la mer, là où les effluves, qui infectent l'air, sont très délétères, la quinine, dès qu'une maladie présente le type intermittent ou rémittent, doit être non seulement le principal, mais, le plus souvent, l'unique agent de traitement.

Dr KOBRYNER.

Castel-Sarrazin, le 11 février 1879.

BIBLIOGRAPHIE

Du diagnostic et du traitement des maladies du cœur, et en particulier de leurs formes anomales, (par le professeur Germain SÉE. Leçons recueillies par le docteur Labadie-Lagrave ; clinique de la Charité de 1874 à 1876. 1879. Paris, Adrien Delahaye, éditeur; volume de 472 pages.

Ce nouveau traité des maladies du cœur n'est point une œuvre banale. Abandonnant les voies déjà parcourues par ses devanciers, M. le professeur Germain Sée nous a mis en présence d'un des problèmes les plus intéressants et les plus difficiles de la clinique ; nous voulons parler des maladies du cœur à formes anomales. Sans s'arrêter aux signes qui permettent de reconnaître les maladies cardiaques lorsqu'elles revêtent leur caractère habituel, le savant clinicien a montré à ses élèves qu'il existait des formes frustes, pour ainsi dire, où le praticien devait deviner l'affection cardiaque, et c'est ainsi qu'il passe successivement en revue les formes pulmonaires, hydropiques, fonctionnelles et cérébrales des maladies cardiaques.

Pour la première de ces formes, la forme pulmonaire, il s'attache à bien caractériser, au point de vue clinique, la dyspnée cardiaque des dyspnées asthmatiques, catarrhales, emphysémateuses, anémiques, hystériques et urémiques, et il établit un diagnostic différentiel pour chacune de ces variétés de dyspnées.

Une autre forme pulmonaire des maladies du cœur est aussi traitée par lui : c'est l'hémoptysie cardiaque ; il en montre le mécanisme et la valeur diagnostique; puis, dans un autre chapitre, il traite de la forme hydropique des maladies du cœur et arrive aux désordres fonctionnels de ces affections, qu'il range sous cinq chefs principaux, qui sont : les arythmies, les intermittences, les affections douloureuses et les syncopes ; c'est à coup sûr l'un des meilleurs chapitres de ce travail. L'étude des palpitations y est faite en son entier, et je ne connais pas d'article plus savant et mieux fait sur ce trouble de la motilité du cœur. Il y a surtout dans ce chapitre une longue exposition sur l'action du tabac et de la nicotine

sur le cœur. L'auteur discute chacun des faits expérimentaux et montre quelle est l'action funeste de ce poison sur l'organe central de la circulation.

Pour l'angine de poitrine, le professeur de l'Hôtel-Dieu repousse l'idée de névrose ou de névrite et adopte hardiment l'opinion qui veut que l'angine de poitrine dépende d'un trouble de la circulation de cet organe.

L'article V est consacré à l'étude de la syncope. Quant aux formes cérébrales, le professeur Germain Sée les décrit longuement; il les montre au début de l'affection du cœur constituées par de la céphalalgie, des vertiges, de l'insomnie, quelquefois même par un véritable délire maniaque. Puis il les décrit ensuite comme accident ultime venant terminer la scène cardiaque. A ce chapitre est joint un aperçu sur les troubles oculaires que l'on peut observer chez les cardiaques. Ce n'est là qu'une simple ébauche, mais qui doit appeler l'attention des ophthalmologistes.

Enfin, cette première partie du diagnostic se termine par une excellente étude sur le goître exophthalmique.

Dans la seconde partie, le professeur de l'Hôtel-Dieu aborde la thérapeutique des affections du cœur, et, tout d'abord, il la commence par une analyse fort savante des divers travaux sur l'innervation du cœur, qui permet de saisir d'une façon très claire et très méthodique ce point si obscur de la physiologie en faisant la part des nerfs moteurs directs et des nerfs moteurs indirects, ainsi que des nerfs modérateurs. Cette étude était importante pour bien comprendre l'action des médicaments cardiaques. La digitale agirait surtout, d'après l'auteur, sur le système modérateur, et, en particulier, sur ce ganglion d'arrêt, que les expériences de Schmiedeberg (de Genève) avec la muscarine ont permis de découvrir; d'ailleurs, il préfère, au point de vue thérapeutique, la digitale à la digitaline; puis il étudie le chloral, le bromure et l'iodure de potassium, la vératrine et la diète lactée. Une fois l'étude thérapeutique de ces différents médicaments faite, le professeur les assemble de manière à constituer le traitement des différentes formes qui ont été exposées dans la première partie du travail.

C'est ainsi que, dans les formes dyspnéiques, il recommande l'iodure de potassium et montre le pouvoir souvent merveilleux de ce médicament pour guérir l'asthme cardiaque. Pour les formes hydropiques, il insiste sur la diète lactée; puis, pour chacune des variétés de palpitations, il signale avec soin le traitement qu'il faut lui appliquer. Enfin, il termine par le traitement des maladies du cœur à formes cérébrales et par celui de la maladie de Basedow.

Telle est l'œuvre que nous venons d'analyser si rapidement, et, quelque rapide et incomplet que soit ce court exposé, il signalera, nous l'espérons du moins, l'importance capitale de cette œuvre originale, qui met en lumière le talent et le savoir du professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu, en montrant que, s'il possède toutes les finesses du clinicien, il possède aussi une connaissance approfondie de tous les moyens dont nous pouvons disposer pour atténuer et soulager les différentes formes cardiaques qu'il a décrites. C'est donc là une œuvre pratique dont nous ne saurions trop recommander la lecture.

D.-B.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 7, et 14 avril 1879 ; présidence de M. Daubrée.

De quelques conditions de la fermentation lactique. — Note de M. Ch. Richet. L'auteur, dans ce mémoire, pense avoir démontré les propositions suivantes :

1° L'oxygène rend plus rapide la fermentation lactique du lait ;

2° L'ébullition, en coagulant une matière albuminoïde primitivement soluble, diminue de moitié l'activité de la fermentation ;

3° Les sucs digestifs qui rendent l'albumine soluble et les peptones (ou albumines solubles) augmentent la rapidité de la fermentation lactique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 1, 8 et 15 avril 1879; présidence de M. Richet.

Sur l'ostéomyléite. — M. Gosselin revient sur la dénomination d' « ostéomyélite », proposée par M. Lannelongue, pour toutes les variétés d'inflammation des os pendant la croissance ; il y est obligé par la critique que lui a adressée M. Trélat, dans la séance du 11 février, et par le désir de faire mieux comprendre que, derrière la divergence des mots, il y a des faits cliniques mal interprétés.

M. Gosselin commence par relever un point d'histoire chirurgicale contemporaine relative à l'appellation d'« ostéomyélite » appliquée à toutes les maladies dont s'est occupé M. Lannelongue. Il ne trouve pas que M. Trélat soit fondé à soutenir qu'il s'agit, dans les faits de M. Lannelongue, d'ostéomyélite simplement. Il en a vainement cherché la preuve dans son discours. M. Gosselin accepterait peut-être la prétention de M. Trélat, s'il parvenait à démontrer que la moelle est, dans les os, aussi abondante qu'il le prétend. M. Trélat est-il sûr de l'existence de la moelle sous-périostique et de la moelle des canaux de Havers? Pour lui, après avoir à nouveau étudié cette question, il est arrivé à cette conclusion, qu'il y avait là un malentendu résultant d'une application fautive, à l'anatomie chirurgicale, de notions fournies par l'histologie embryogénique et par l'histologie pathologique.

M. Gosselin examine successivement la question à ces différents points de vue, et il arrive à cette conclusion que, dans l'état actuel de la science, en s'appuyant sur cette seule raison qu'un histologiste distingué a, sans motif plausible, appelé « moelle » la substance qui, chez l'embryon, précède les os, on n'a pas le droit de dire que la très mince matière organique qui se trouve sous le périoste après la naissance est une couche distincte de ce dernier, formant un tissu spécial semblable à celui qui, dans les grands espaces des os, s'est de tout temps appelé la moelle. Pour lui, il n'y a pas de moelle sous le périoste de l'enfant et de l'adolescent, et, par conséquent, il n'y a pas d'ostéomyélite.

Passant aux canaux de Havers, il n'y constate rien qui ressemble à la moelle. En attendant que M. Ranvier, qui s'est prononcé dans le sens contraire, se soit bien expliqué sur les canaux de Havers de l'ostéomyélite et que tous les autres histologiques se soient mis d'accord avec lui, les chirurgiens n'ont pas le droit de considérer comme un fait établi et incontesté la présence de la moelle dans ces canalicules. Pour moi, dit-il,

il n'y a pas de moelle dans les canaux de Havers ; donc il n'y a pas non plus d'ostéomyélite dans ce point.

L'anatomie pathologique donnerait-elle mieux raison à M. Trélat que l'anatomie normale ? M. Gosselin montre, dans cette partie de son argumentation, combien M. Trélat a été mal inspiré dans l'interprétation des travaux des histologistes français.

De tout ce qui précède il résulte, dit M. Gosselin, que ni l'anatomie normale ni l'anatomie pathologique n'autorisent à présenter comme des ostéomyélites les inflammations qui se trouvent ailleurs que dans le canal médullaire.

La clinique l'autorise-t-elle davantage? Ici, M. Gosselin entre dans de longues et intéressantes considérations cliniques, d'où il tire la conclusion suivante :

L'inflammation aiguë des os pendant la croissance est une ostéite au début ; c'est encore une ostéite quand elle suppure à la surface et dans l'interstice de l'os. Elle n'est une ostéomyélite que quand elle a suppuré dans les grands espaces médullaires.

Revenant de nouveau sur l'adjectif « épiphysaire » dont il s'est servi et se sert encore, M. Gosselin croit qu'il a l'avantage d'exprimer toujours une idée juste, quelle que soit la signification qu'on lui donne. Il indique d'abord une ostéite développée sur un os qui a encore une partie de ses cartilages épiphysaires, et que cette ostéite a pour cause prépondérante l'activité de la nutrition des os pour l'accroissement en longueur et pour la soudure des épiphyses. Il fait savoir enfin, ce qui est vrai pour le plus grand nombre des cas, que l'inflammation a son foyer principal entre la diaphyse ou l'épiphyse et le cartilage adjacent. Il prévient le chirurgien que, si la suppuration arrive dans ce point, il peut l'opérer avec une disjonction, un décollement. Il indique enfin que l'inflammation peut occuper exclusivement ou principalement l'épiphyse et prévient ainsi le praticien que l'articulation voisine peut être envahie.

M. Colin fait observer que M. Gosselin s'est parfaitement expliqué sur les cas où les accidents septicémiques se produisent à la suite d'ostéites ou d'ostéomyélites dont le foyer se trouve en communication avec l'air extérieur, mais qu'il a complètement passé sous silence les faits où il n'y a pas de contact de l'air extérieur. Or, il demande à M. Gosselin s'il admet que des accidents septicémiques puissent se produire dans ces derniers cas.

M. Gosselin répond que les faits cliniques ne permettent pas actuellement de résoudre cette question. Dans tous les cas où il a vu se produire des accidents septiques, il s'était formé des abcès sous-périostiques s'étant trouvés en communication avec l'air extérieur. Il ne possède pas personnellement d'observations catégoriques permettant d'admettre que ces accidents puissent se produire à l'abri du contact de l'air. Un seul fait de sa pratique pourrait donner lieu, à ce point de vue, à quelques doutes. Il s'agit d'un blessé des journées de juin 1848, qui avait reçu dans la jambe une balle morte : il y avait seulement une petite plaie des téguments et du périoste, sans fracture. Cet homme ayant succombé à des accidents d'infection purulente, M. Gosselin trouva, à l'autopsie, le canal médullaire de l'os rempli de pus. Voilà le seul fait de la pratique de M. Gosselin qui pourrait être, jusqu'à un certain point, interprété en faveur de la production spontanée, sans influence de l'air extérieur, d'accidents septicémiques. Mais M. Gosselin ne le trouve pas probant.

Il existe aussi dans l'ouvrage de M. Chassaignac un exemple de fracture non compliquée ayant été suivie d'ostéomyélite suppurée et d'infection purulente mortelle. Mais cet exemple demanderait à être examiné de plus près, et l'on ne peut rien en conclure de positif. En résumé, chaque fois qu'il a vu se produire des accidents de septicémie, M. Gosselin avait constaté la présence d'abcès sous-périostiques et conséquemment la communication possible avec l'air extérieur.

M. Trélat ne veut pas répondre aujourd'hui, d'une manière définitive, à l'importante communication de M. Gosselin ; il n'en veut aborder qu'un seul point, relatif aux preuves tirées par M. Gosselin de l'anatomie normale.

Il sera difficile à M. Trélat de faire juge l'Académie des protestations

purement anatomiques que lui a opposées M. Gosselin, attendu que l'opinion qu'il a soutenue se trouve basée seulement sur l'examen d'ailleurs très attentif et très minutieux de quelques pièces histologiques. M. Trélat a pu suivre, en effet, sur ces pièces toute l'évolution des éléments médullaires depuis les éléments embryonnaires, les médullocèles ou ostéoblastes (car, pour M. Trélat, c'est absolument la même chose), jusqu'aux corpuscules osseux.

On peut voir en ce moment dans un laboratoire, ouvert à qui veut y regarder, deux médullocèles, jouissant en quelque sorte d'une légitime célébrité, attendu qu'ils sont en train de devenir deux corpuscules osseux. Dans ce même laboratoire, où se poursuit en ce moment un travail considérable sur les fractures, il est aisé de se rendre compte qu'il n'y a aucune espèce de reformation osseuse sans qu'on voie se produire la formation d'éléments embryonnaires nombreux, de médullocèles ou d'ostéoblastes. M. Gosselin, s'appuyant sur la très respectable et très légitime autorité de M. Sappey et des anatomistes français en général, admet que dans nos canaux de Havers il n'y a pas autre chose que des vaisseaux, et que c'est seulement chez le fœtus ou sur un os malade qu'on trouve ce qu'il a appelé l'élargissement des canaux de Havers. M. Trélat professe une autre opinion qu'il appuie sur des faits qu'il a vus et bien vus. Cela prouve donc qu'on peut interpréter les éléments anatomiques d'une façon différente.

Mais M. Trélat tenait à faire observer que, s'il se trouve en dissidence sur ce point anatomique avec M. Gosselin, il s'appuie au moins sur des faits qui ont été bien constatés par lui et par d'autres plus compétents.

M. Colin ne trouve pas que les arguments invoqués par M. Trélat prouvent qu'il se produise de la moelle dans les canaux de Havers. Le canal de Havers, à un moment donné, est très grand, très large, puis il se rétrécit par suite de la superposition successive de zones osseuses s'emboîtant, pour sinsi dire, les unes dans les autres. Ce que M. Trélat considère comme un travail spécial et se produisant seulement dans l'inflammation, est ce qui se passe à l'état normal. L'opinion qu'il soutient n'est donc pas la bonne, et c'est M. Gosselin qui a raison.

M. Gosselin fait remarquer de nouveau que M. Trélat lui a répondu en se basant sur des pièces relatives à l'embryon ou au malade ; or, M. Gosselin en appelle à tous les anatomistes, ce qu'on entend par le mot « moelle » est un ensemble d'éléments embryonnaires, de médullocèles, de vaisseaux, de tissu conjonctif, de graisse, d'albumine, etc... Il lui faut, à lui anatomiste français, tous ces éléments pour constituer la moelle. S'il ne faut à M. Trélat qu'un seul de ces éléments, ils ne peuvent pas être d'accord. En outre, dans l'état actuel de l'histologie, on décrit à part les médullocèles et les ostéoblastes; le médullocèle n'est pas, comme le pense M. Trélat, l'élément producteur de l'os. Telle est l'opinion très généralement admise aujourd'hui en anatomie et dont M. Gosselin est ici l'interprète.

M. Trélat pense que l'accord est facile entre M. Gosselin et lui. En effet, il y a moelle et moelle. Il est bien évident qu'on ne trouve pas dans les canaux de Havers ce que l'on appelle la moelle endostale. Si les contradicteurs de M. Trélat veulent lui faire dire qu'on trouve sous le périoste une moelle composée d'albumine, de graisse, de tissu conjonctif, etc., il proteste contre une pareille interprétation de ses paroles. Pourquoi a-t-il dit : Cela est de la moelle? Parce que, chaque fois qu'il a vu se produire ces phénomènes d'inflammation, de suppuration, il a toujours constaté la production de ces éléments au nombre de deux, et non au nombre de trois, comme le veut M. Gosselin : médullocèles ou ostéoblastes (ce qui est une seule et même chose), et éléments vasculaires ou myéloplaxes, les deux éléments véritablement constitutifs de la moelle.

Au point de vue clinique, M. Trélat et M. Gosselin sont parfaitement d'accord, et M. Trélat ne peut que louer et admirer la façon magistrale dont M. Gosselin a traité cette partie de son argumentation. Mais il ne faut pas faire déborder sur le terrain de la clinique ce que M. Trélat a dit à un point de vue purement histogénique. Quant à l'ostéite épiphysaire ou l'ostéite de la période de la croissance, on sent, en entendant parler M. Gosselin, qu'il lui trouve des vertus qu'un père aime à trouver sur la

tête de ses enfants. Mais tout ce qu'il en a dit n'en est pas moins parfaitement juste et parfaitement exact. Si M. Trélat a été troublé par ce mot d'« épiphysaire », c'est que, comme tout jeune chirurgien, il a eu autrefois quelque peine à se faire à ce mot appliqué à une ostéite atteignant aussi la diaphyse des os. Mais le tableau clinique fait par M. Gosselin de cette ostéite de la période de la croissance n'en reste pas moins un modèle parfait.

M. Gosselin dit que ce qui résulte de cette discussion, c'est la nécessité pour les histologistes de s'expliquer plus nettement et plus clairement sur le mot « moelle », car, en admettant la façon de voir de M. Trélat, il faudrait alors admettre deux moelles, l'une transitoire et l'autre permanente : la moelle transitoire, admise par M. Trélat, ne se trouve décrite dans aucun de nos traités.

Insufflateur laryngien. — M. Béclard dépose sur le bureau, au nom de M. Léard, un insufflateur laryngien et un insufflateur vaginal.

L'insufflateur laryngien, dont la figure 1 représente le modèle au tiers, se compose d'un tube creux de A en C. Il se démonte en deux parties

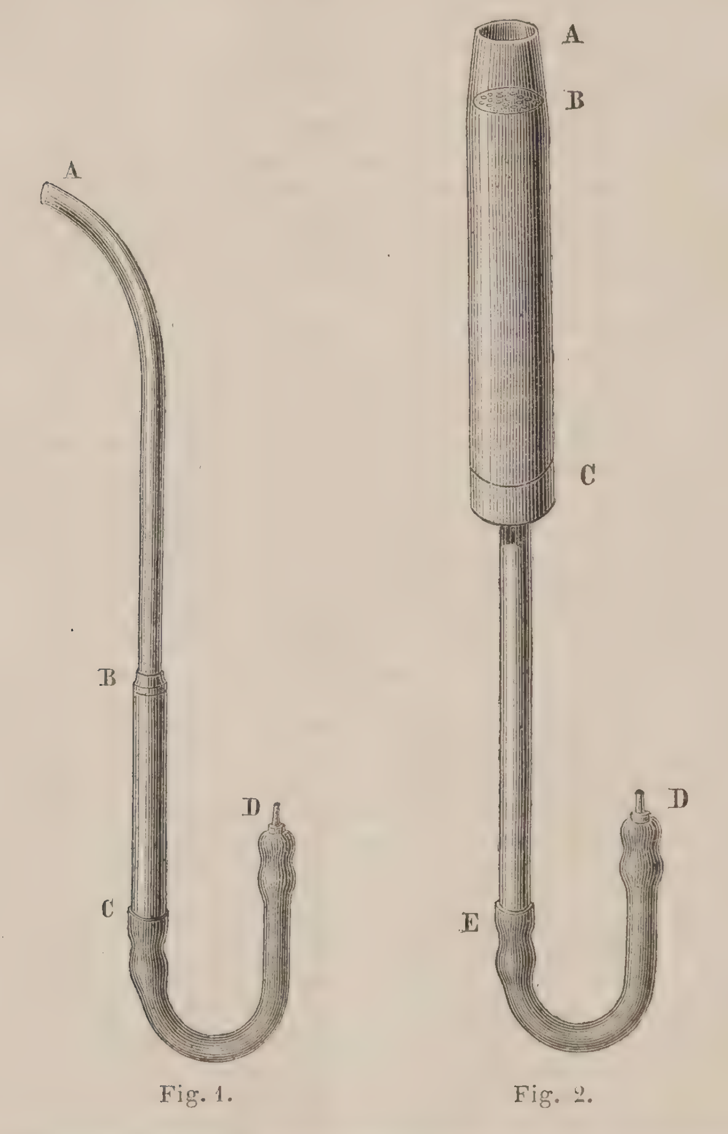


Fig. 1. Fig. 2.

en B. A ce niveau se trouve une petite cloison perforée servant à diviser la poudre et à éviter qu'elle ne soit chassée en grumeaux. La poudre se place de B en C. L'insufflation et l'inspiration se font au moyen d'une poire en caoutchouc qui se place en D.

L'insufflateur vaginal (fig. 2) a la forme d'un spéculum. Il est destiné à faire des insufflations de poudre dans le vagin et surtout sur le col de l'utérus. Il se démonte en C, comme un étui, pour l'introduction des poudres à insuffler. Une cloison perforée B, placée à 2 centimètres environ de la pointe A, sert à diviser la poudre. L'insufflation se fait au moyen d'une poire en caoutchouc.

Du traitement du tic douloureux par le sulfate de cuivre ammoniacal. — M. Féréol fait une communication sur ce sujet (voir plus haut).

Epistaxis épidermique. — M. le docteur Frédet (de Clermont) donne lecture d'un intéressant mémoire dont voici les conclusions :

1° L'épistaxis peut revêtir le caractère épidermique;

2° Elle peut accompagner ou suivre l'apparition de fièvres intermittentes ou d'autres accidents épidémiques;

3° Dans ces conditions, cette hémorrhagie peut être considérée comme grave, assimilée à une fièvre larvée pernicieuse et traitée comme telle;

4° La succession des faits que je viens de relater permet d'admettre comme cause de l'épidémie de fièvre typhoïde, de fièvre rémittente et intermittente, suivies d'épistaxis grave, une intoxication miasmatique produite par les émanations qui se sont dégagées des terres des rues imprégnées de matières organiques ou d'effluves insalubres.

Phosphaturie chirurgicale. — M. Verneuil expose de vive voix quelques considérations sur les rapports de la phosphaturie avec certaines affections chirurgicales. Partageant l'avis exprimé par M. Teissier dans sa thèse inaugurale, lorsqu'il dit que dorénavant le dosage des phosphates éliminés par les urines doit entrer dans le domaine de la pratique, M. Verneuil rapporte plusieurs observations dont il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

Si peu nombreuses encore que soient ces observations, dit-il, et si malaisée que reste leur interprétation, elles permettent d'affirmer que l'on ne perdra pas sa peine en cherchant les rapports qui existent entre la phosphaturie et les affections chirurgicales.

Déjà il paraît démontré que le diabète phosphatique influence défavorablement le travail réparateur dans les plaies accidentelles et chirurgicales, et le pervertit à la manière du diabète sucré. Mais il semble surtout nécessaire de faire, dans l'histoire générale de la phosphaturie, un grand chapitre à part consacré à l'étude des affections des os considérées comme causes ou effets de l'élimination exagérée des phosphates.

Les ébauches qu'on trouve dans la science sont absolument insuffisantes. La surcharge phosphatique des urines dans le rachitisme et l'ostéomalacie est signalée, mais d'une façon sommaire, sans qu'on dise laquelle, de l'altération des urines ou de la lésion du squelette, a ouvert la marche, ou qu'on décide si les os se sont ramollis parce que les phosphates terreux ne leur sont plus parvenus en quantité suffisante ou parce qu'ils les ont rendus malencontreusement par désassimilation forcée.

Tout porte à croire que la phosphaturie implique la fragilité des os, même en l'absence de rachitisme ou d'ostéomalacie, mais ce n'est là qu'une hypothèse vraisemblable.

Il est permis également de supposer que la non-consolidation des fractures reconnaît parfois pour cause un défaut dans les phosphates terreux ; mais ce défaut n'a jamais été démontré par l'examen chimique des urines. Beaucoup de chirurgiens donnent le phosphate de chaux en cas de pseudarthrose ou de maladie du squelette, mais ils se laissent guider plutôt par une idée rationnelle que par la constatation formelle d'une indigence primitive ou d'une élimination exagérée du sel susdit.

S'il est logique de penser que les affections d'un organe ou d'un système jettent dans le sang ou lui soutirent certains matériaux constituants qui caractérisent cet organe ou ce système, tout indique que les affections osseuses tant soit peu étendues modifieront la crase phosphatique et que l'écho de cette modification retentira quelquefois dans la composition des tissus.

Réciproquement, comme il est arrivé que le défaut aussi bien que l'excès, dans notre économie, d'un principe immédiat quelconque, constitue une influence pathogénique des plus puissantes, il est certain qu'on découvrira des affections osseuses reconnaissant pour cause directe le défaut ou l'excès des phosphates.

De quelque côté que l'on se tourne, on voit donc de nouvelles recherches à entreprendre et d'intéressants problèmes à résoudre.

M. Gosselin n'a jamais vu la consolidation manquer avec les cas de fractures non compliquées ; elle peut être tardive, mais elle finit toujours par se faire. Or, il est intéressant de savoir si cette phosphaturie qui est une cause évidente de fragilité des os, depuis les faits intéressants énoncés par M. Verneuil, peut aussi être une cause de non-consolidation.

M. Colin établit un rapprochement entre les faits de fracture par simple contraction musculaire chez l'homme, et les cas de fracture spontanée observée chez les animaux par suite de la maladie qu'on a appelée l'*ostéoclastie*. Ces fractures se produisent facilement chez les ruminants : les analyses chimiques qui ont été faites de ces os malades y ont montré la présence en excès de sels calcaires. Il y aurait donc opposition entre ces faits et ceux observés par M. Verneuil, dans lesquels, au contraire, il y a élimination exagérée de phosphates.

On comprend, ajoute M. Colin, que dans ces cas de phosphaturie il y ait retard de la consolidation, mais on ne comprend pas qu'il y ait en même temps retard de la cicatrisation des parties molles, comme cela eut lieu dans la première observation de M. Verneuil.

M. Verneuil renvoie M. Colin à la théorie de M. Bouley fils sur l'ostéomalacie ; dans cette thèse, se trouvent des analyses chimiques qui ne sont nullement en contradiction avec les faits qu'il vient de communiquer.

Quant au retard simultané de la cicatrisation des parties molles, M. Verneuil le constate sans l'expliquer, comme on le constate chez les alcooliques ou chez les glycosuriques.

Action physiologique des sulfates de soude et de magnésie. — M. Armand Moreau communique le résultat d'expériences relatives à l'action physiologique des sulfates de soude et de magnésie.

Des expériences qu'expose M. Moreau, il ressort : que la présence de solutions de sulfate de soude ou de magnésie, dans l'intestin, donne lieu à des phénomènes d'absorption manifeste au début de l'action, puis bientôt la sécrétion et l'exhalaison se produisent de plus en plus, et toute absorption disparaît. On n'est donc pas autorisé à admettre, dans cette seconde période, un double courant; au contraire, l'anse intestinale, dans ces conditions, est comparable à une glande qui sécrète sans absorber.

M. Colin fait observer que les expériences dont vient de parler M. Armand Moreau sont fort anciennes. Il les a faites lui-même non sur le chien, mais sur le cheval, il y a une vingtaine d'années. A l'aide de ligatures, il obtenait deux anses d'intestin vides, injectait dans l'une une quantité déterminée de sulfate de soude, puis constatait, après un certain temps, la présence de liquide dans les deux anses, mais en bien plus grande quantité dans celle où avait été injecté le sulfate de soude.

Quant à la seconde partie des expériences de M. Armand Moreau, qui consiste à injecter dans l'intestin un sel quelconque qu'il veut retrouver dans les urines, M. Moreau s'est placé dans des conditions telles que la muqueuse enflammée n'absorbe plus. Il est bien vrai qu'il peut y avoir en même temps absorption et exhalation des liquides par une même muqueuse, mais cela ne peut avoir lieu dans les conditions où s'est placé M. Moreau.

M. A. Moreau répond à quelques-unes des critiques qui lui ont été adressées dans la dernière séance par M. Colin.

Après avoir rappelé les résultats depuis longtemps acquis à la science, au sujet de l'action des sels purgatifs, M. Moreau décrivait dans son mémoire une expérience nouvelle qui consiste à ingérer un sel purgatif dans une anse intestinale, et à attendre, quelque temps après cette ingestion, pour placer dans cette anse un sel, le cyanure jaune de potassium et de fer, qui sert de témoin de l'absorption. L'expérience montre qu'alors il

n'y a pas d'absorption, tandis que les liquides fournis par la sécrétion et l'exhalation de la membrane muqueuse continuent à affluer.

Ce résultat est contraire à l'idée qu'il se fait un double échange entre la solution saline d'une part et d'autre part la partie aqueuse du sang; ce résultat est contraire, par conséquent, à la théorie de l'endosmose conçue comme supposant un double échange. Tout le mémoire de M. Moreau se réduit à ce point, et le fait nouveau peut être ainsi défini : La présence de sels tels que le sulfate de soude et de magnésie donne lieu à une absorption qui cesse bientôt, tandis que la formation des liquides par sécrétion et exhalation continue.

M. Colin objecte que la membrane muqueuse n'est plus dans de bonnes conditions pour absorber et que les lésions survenues sont la cause de l'absence d'absorption.

Pour combattre cette affirmation sans preuve, M. Moreau se borne à dire que si la muqueuse n'absorbe pas, elle est cependant toujours capable d'absorber; il le démontre par une expérience dans laquelle, après avoir successivement injecté dans une anse intestinale d'un chien une solution de sulfate de magnésie ordinaire, puis une solution de cyanure de potassium, il retrouve ce dernier sel dans les urines de l'animal. D'où il conclut que l'absorption peut avoir lieu, même dans les conditions où M. Colin prétend que cette absorption ne pourrait se faire.

M. Colin répond que M. Moreau est aujourd'hui de son avis, puisque la note nouvelle que son collègue vient de lire a pour but de montrer que l'absorption peut se faire dans la muqueuse intestinale en même temps que la sécrétion et l'exhalation provoquées par le contact d'une solution saline injectée dans l'intestin. C'est précisément ce que M. Colin soutenait dans la dernière séance contre M. Moreau, dont la première note, différente de celle d'aujourd'hui, avait pour but de montrer qu'il ne peut y avoir en même temps, dans l'intestin, un double courant d'absorption et d'exhalation.

Action des solanées vireuses. — M. Chatin, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Béclard et Hérard, lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur E. Heckel, pharmacien de 1re classe, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, sur l'action des solanées vireuses en général et de la belladone en particulier.

M. Heckel, dans ce mémoire, a voulu élucider, par l'expérimentation, les conditions dans lesquelles se réalise l'immunité constatée, mais jusqu'ici inexpliquée, dont jouissent certains vertébrés à l'égard des poisons de ces plantes, ainsi que les phénomènes qui l'accompagnent. Le fait, pour ce qui concerne les rongeurs en général, et surtout le lapin et le cobaye, est connu depuis longtemps relativement à la belladone. M. Heckel a étendu l'expérimentation à plusieurs variétés du rat commun, et l'a fait porter non seulement sur l'*atropa belladona*, mais encore sur les *hyoscyamus niger* et *albus*, ainsi que sur les *datura stramonium* et *tatula*.

Fort des résultats qu'il a obtenus, il se croit autorisé à affirmer que le lapin et le cobaye peuvent facilement être alimentés avec les feuilles et même avec les racines des solanées toxiques précitées sans en souffrir, et cela pendant un temps très prolongé; que le rat supporte fort bien l'introduction des mêmes végétaux dans son régime ordinaire.

Pour ce qui est du lapin et du cobaye, l'immunité est telle, que M. Heckel a pu élever plusieurs générations et les faire reproduire en ne les nourrissant absolument, durant toute la belle saison, que de jusquiame, de belladone et de datura frais, et, durant l'hiver, de son mêlé par moitié avec de la poudre de feuilles ou de racines.

M. Heckel adopte la conclusion émise par M. Bouchardat dans son *Traité de matière médicale*, savoir : que les *solanées vireuses* agissent avec d'autant moins d'énergie sur les animaux que ceux-ci s'éloignent davantage de l'homme, conclusion à laquelle arrivait M. Chatin lui-même, il y a bientôt quarante ans, dans ses recherches physiologiques sur les animaux et les végétaux au moyen de l'acide arsénieux.

Melanca paraguariensis. — M. Planchon communique un court

rapport sur un mémoire envoyé à l'Académie par la famille d'Aimé Bonpland.

Il résulte de ce rapport que l'illustre médecin voyageur avait eu l'occasion d'apprécier les propriétés thérapeutiques du *melanea paraguariensis* dans certaines affections virulentes. Mais, comme ces propriétés n'ont pu être constatées en France, le rapporteur se borne à proposer à l'Académie de déposer le mémoire de Bonpland dans ses archives.

Election. — M. Tillaux est nommé membre de l'Académie de médecine.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 2 et 9 mars 1879; présidence de M. Tarnier.

Des pansements antiseptiques (suite de la discussion, voir p. 327). — M. L. Championnière. L'historique de M. Després est très fantaisiste. La chirurgie antiseptique était connue en 1868 ; le *System of surgery* de Holmes était achevé en 1870, et c'est dans ce livre qu'a paru l'article de Lister traduit par M. Terrier pour le *Manuel de petite chirurgie* de Jamain. M. Azam, de Bordeaux, n'a donc pas la priorité sur ce point.

M. Després a paru ne pas savoir que ce que les chirurgiens allemands appellent l'« œdème aigu », c'est le phlegmon diffus. Ce n'est donc pas une affection bénigne. L'ostéotomie, dont il a également parlé, n'est devenue une opération sans danger que grâce au pansement de Lister.

Je crois comme M. Després que les chirurgiens français sont supérieurs aux chirurgiens étrangers, je crois surtout qu'ils sont plus encyclopédistes, plus érudits, mais il y a loin de là à faire fi des chirurgiens étrangers. D'ailleurs je sais que M. Després a eu neuf érysipèles dans son service depuis le commencement du mois de janvier.

Il y a certaines divergences d'opinion entre M. Le Dentu et moi; il n'emploie pas la pulvérisation, et il emploie le fil ordinaire pour les ligatures, craignant le catgut pour les gros vaisseaux; mais ce sont là des inconvénients que je n'ai jamais observés.

M. Le Fort a reproduit cet argument : qu'on voit souvent guérir parfaitement des plaies couvertes de vibrions; c'est vrai, mais il n'est pas moins vrai qu'il vaut mieux ne pas avoir de vibrions et la chirurgie antiseptique a pour but d'en débarrasser les plaies.

Le raisonnement de M. Le Fort sur l'inutilité du spray ne tient pas contre la pratique.

Il ne faut pas juger des pansements antiseptiques uniquement d'après les résultats des amputations. Il faut voir la marche générale des diverses plaies. Je n'ai jamais vu de cas d'infection purulente et je n'ai vu survenir d'érysipèle chez aucun de mes opérés. Ce qu'il y a de singulier dans la chirurgie de Lister, c'est que les abcès, même très volumineux, une fois ouverts, ne suppurent plus; il s'écoule une sorte de sérosité contenant de rares globules blancs, et la réunion de la plaie se fait très vite. Quelle que soit la nature de la plaie, c'est toujours le même mode de réparation.

Actuellement on peut dire qu'on ne meurt plus d'une opération, et ceux de nous qui sont tant soit peu âgés ont pu voir, dans les services de très grands chirurgiens, mourir le tiers ou même la moitié des opérés.

M. Panas. Je suis un de ceux qui, depuis deux années, ont fait avec le plus de soin possible la chirurgie antiseptique. Depuis vingt-cinq ans que je fais de la chirurgie, j'ai employé bien des pansements divers ; je puis donc me comparer à moi-même et mes résultats d'autrefois à ceux d'aujourd'hui.

Je vous présente d'abord un malade qui a eu le genou ouvert par moi pour une hydarthrose chronique qui datait d'un an. Cette hydarthrose reconnaissait une cause traumatique ; il y avait alors de l'inflammation et de la fièvre. C'est dans ces conditions que je fis l'ouverture du genou.

Je fis une incision de 6 centimètres. Il s'est écoulé un liquide jaunâtre mêlé de flocons fibrineux ; la synoviale était plus épaisse que le pouce, il y avait des franges synoviales énormes. Le malade, reporté dans son lit, eut la jambe placée sur un coussin, sans immobilisation. La guérison était complète au bout de six semaines. La synoviale a repris toute sa souplesse physiologique, il n'y a aucune raideur. Le malade a repris depuis un an, au chemin de fer du Nord, un service très pénible. En dehors de la cicatrice, ce genou est absolument semblable à l'autre.

C'est le quatrième genou ouvert dans mon service ; les trois autres ont été ouverts par M. Lucas Championnière, un entre autres chez un malade que M. Tillaux voulait amputer.

Cette série de cas montre que la chirurgie que nous faisons actuellement est absolument différente de celle que l'on faisait autrefois.

Je passe aux amputations du sein. J'ai fait quatorze amputations, toutes traitées avec le Lister ; je ne compte pas une vieille femme de quatre-vingt-deux ans que j'ai été forcé d'opérer et qui est morte le quatrième jour, d'épuisement sénile. Les quatorze autres ont toutes guéri. Il y a des malades qui ont guéri en onze jours, d'autres en douze ; en moyenne les malades ont guéri en vingt-quatre jours. Toutes les fois que j'ai employé d'autres méthodes, les malades sortaient en moyenne au bout de six semaines; la durée du traitement est donc réduite de moitié.

Un autre résultat important, c'est la disparition absolue de l'érysipèle dans mes salles. A Saint-Antoine, où j'ai commencé ma pratique chirurgicale comme chef de service, sur trois malades amputées du sein, j'ai eu deux érysipèles. Le fléau des salles de Nélaton à l'hôpital des Cliniques, de Velpeau à la Charité, c'était l'érysipèle. Sur mes 14 cas d'amputation du sein, j'ai eu 13 cas sans aucune complication ; chez la quatorzième femme j'ai eu un petit mouvement érisypélatoïde, mais c'était à Lariboisière, alors que toutes les salles de médecine et de chirurgie de l'hôpital étaient remplies d'érysipèles.

Pendant ces deux années, je n'ai eu dans mes salles aucun cas d'infection purulente.

J'ai opéré des cas très graves de hernie étranglée ; mes malades n'ont eu aucune complication. Il y a sur 14 opérations 2 morts, mais dans un cas de hernie crurale la femme était froide, j'ai dû lui faire un anus contre nature avec lequel elle a continué à se refroidir. Un autre malade est mort du tétanos alors qu'il était absolument guéri de son opération. Chez un autre malade, quand j'ai fait l'opération, il est sorti un flot de matières fécales, l'intestin était perforé ; cependant cet homme a guéri.

M. Després a cité la statistique de Manec ; mais j'ai été externe de M. Manec et je sais comment il faisait ses opérations. Il habitait, comme chirurgien, un pavillon de la Salpêtrière. Dès qu'il y avait le moindre vomissement chez une femme, on allait le chercher et il opérait, il opérait sans essayer le moindre taxis, que la hernie fût certainement étranglée ou non. Vous savez combien est bénin le plus souvent le traumatisme fait sur un péritoine sain. C'est la raison des succès de M. Manec.

Quant aux abcès froids, on était arrivé à les considérer comme des *noli me tangere*. Je recommandais à mes élèves de ne pas toucher à ces abcès à cause du danger qu'offrait l'opération et aussi parce que parfois ces abcès guérissent seuls. La méthode des ponctions sous-cutanées successives entraîne des accidents graves et cause des fistules ; il en est de même de l'aspiration capillaire. J'en étais arrivé à une sorte de nihilisme chirurgical : c'est alors que j'ai commencé à employer le pansement de Lister ; la marche simple des abcès ainsi opérés et ainsi pansés est ce qui frappe le plus.

Dans les grandes amputations, il est certain que la mortalité a baissé depuis l'emploi des méthodes antiseptiques. M. Alph. Guérin est un de nos opérateurs les plus habiles ; eh bien! pendant la guerre, à l'hôpital Saint-Martin, avant l'invention du pansement ouaté, M. Guérin avait autant de morts que d'opérés. Deux mois plus tard, à l'hôpital Saint-Louis, pendant la Commune, sur des malades beaucoup plus épuisés, mais alors avec le pansement ouaté, M. A. Guérin avait des résultats excellents.

Si nous, qui avons vu divers pansements et diverses chirurgies, nous en arrivons à préférer de beaucoup les pansements antiseptiques et en par-

ticulier le pansement de Lister, à plus forte raison ce pansement doit-il être accepté d'emblée par les jeunes générations.

Les modifications que l'on a cherché à faire subir au pansement de Lister jusqu'ici n'ont pas été heureuses ; ainsi Callender se contente de laver soigneusement le membre à l'acide phénique fort avant d'ouvrir les abcès froids ; puis, après l'incision, il lave le fond de la plaie à l'acide phénique au vingtième. Il recouvre la plaie avec de la gaze imbibée d'huile phéniquée au vingtième sans employer les autres parties du pansement de Lister. J'ai essayé ce pansement une fois cette année dans mon service chez un malade ayant un abcès froid de la cuisse ; les résultats n'ont pas été bons et j'ai dû revenir au Lister.

Je ne fais jamais de lavage avec l'eau soi-disant pure, cette eau contenant toujours des vibrions. Pour le lavage et le pansement des yeux, je me sers d'une solution d'acide borique au centième.

M. M. Perrin. Dans la communication que j'ai faite il y a quelque temps à la Société de chirurgie, j'avais simplement pour but de comparer le pansement de Lister au pansement à l'alcool. Mon principal but était de montrer l'inutilité de tout l'appareil dont M. Lister a entouré le pansement à l'acide phénique liquide, qui était connu bien avant lui. La seule idée originale de Lister, ce sont les pulvérisations phéniquées. J'ai voulu voir ce que valaient ces pulvérisations en prenant un réactif moins variable que le malade. Mes pauvres expériences ont été peu appréciées, mais elles sont faites et elles prouvent au moins une chose, c'est que vous ne faites rien avec votre soufflet et que la vapeur phéniquée ne change rien à l'atmosphère dans laquelle se trouve le malade. Les différentes parties du pansement de Lister, prises séparément, ne me paraissent pas résister à une critique sérieuse. Cela serait encore une petite chose ; mais en dehors de cela, après toute cette longue discussion, je ne vois pas à quel progrès on est arrivé. Je me baserai sur la statistique des amputations. Les résultats fournis par nos collègues listériens ne sont pas très brillants. Le pansement de Lister appliqué dans 34 amputations a donné 7 morts, donc 20 pour 100 ; les pansements à l'alcool ont donné 18 morts pour 100.

Les plus heureux résultats dans la chirurgie parisienne sont donc en faveur de ce dernier. Aussi je crois que la formule de Lister n'est pas meilleure qu'une autre et je ne l'emploie pas parce qu'elle est trop compliquée. Je crois que le pansement phéniqué simple est excellent. Du pansement de Lister ainsi dégagé, il reste un mode particulier de réunion et un liquide particulier. Ce mode de réunion était déjà employé ; cependant, au lieu de mettre le drain au fond de la plaie, M. Lister met un drain à l'une des extrémités et le coupe au ras de la plaie. Je ne vois pas que la modification ait beaucoup d'importance.

Reste l'agent antiseptique lui-même. On a employé l'acide phénique par voie sèche et par voie humide. L'acide phénique employé par voie sèche, c'est la gaze phéniquée ; il y a là une difficulté d'approvisionnement et je n'y vois aucun avantage.

On a reproché à l'alcool d'être très douloureux tandis que l'acide phénique serait un anesthésique. L'alcool pur est, il est vrai, douloureux, mais il ne faut l'employer qu'au moment de l'opération alors que le malade est encore anesthésié ; après cela j'emploie l'alcool à 45 degrés. L'acide phénique d'ailleurs n'est nullement soluble dans l'eau, dans toutes les solutions il faut mettre 2 grammes d'alcool pour 1 gramme d'acide phénique.

M. Guyon admet que les deux agents se valent dans les premiers temps de l'opération, mais il reproche à l'alcool de donner des plaies inertes. Je crois qu'ici encore c'est au mode d'emploi qu'il faut attribuer ce résultat : avec l'alcool à 45 degrés le bourgeonnement est très rapide. Non seulement l'alcool à 45 degrés est antiseptique, mais l'alcool à 25 degrés le serait suffisamment.

Quant aux irrigations alcooliques continues dans les grands traumatismes, M. Verneuil m'a objecté les difficultés de leur application. Il n'y a, au contraire, rien d'aussi simple.

La discussion sur les pansements antiseptiques est close.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 11 avril 1879 ; présidence de M. HERVIEUX.

Déformations osseuses du crâne caractéristiques de la syphilis chez les nouveau-nés.— M. PARROT présente trois jeunes enfants de son service à l'appui de l'opinion qu'il émet sur la déformation caractéristique du crâne. A l'aide de ces déformations, on peut diagnostiquer la syphilis héréditaire des nouveau-nés. La syphilis héréditaire détermine chez ces enfants des lésions très multiples : elle affecte presque constamment le système osseux et c'est le crâne qui est le plus souvent le siège de ces lésions. Un ou deux mois après la naissance, on peut constater des ostéophytes qui ont leur siège d'élection autour du bregma ; ces ostéophytes s'accroissent peu à peu, finissent par déformer le crâne et lui donnent une forme typique. Pour M. Parrot, c'est un caractère absolu, qui ne lui a jamais manqué et lui a permis de diagnostiquer une syphilis héréditaire quand il n'y avait rien sur la peau ni sur les muqueuses. M. Parrot entre dans des détails sur la constitution histologique de ces ostéophytes, qui prennent leur point de départ dans le diploé des pariétaux.

Purpura hœmorrhagica aigu dans une affection cardiaque. — M. RIGAL lit une très longue observation d'un jeune homme qui fut pris, en 1871, d'un rhumatisme articulaire aigu avec complications cardiaques. Après sept années de bonne santé, il fut pris, au mois de décembre 1878, d'embarras gastrique, de courbature : quelques jours après, on constata des taches de purpura sur les membres inférieurs, avec une forte dyspnée, résultant de rétrécissement et insuffisance de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Le malade mourut et l'autopsie démontra l'exactitude du diagnostic. M. Rigal étudie les différentes espèces de purpura, et après les avoir analysées il conclut à l'existence, chez son malade, d'un vrai purpura hæmorrhagica, ayant eu, à la période prodromique, de l'embarras gastrique, de la courbature, de la faiblesse, puis des hémorrhagies des muqueuses, peu prononcées il est vrai, avec une sensation intense de froid interne, sensation perçue par le malade et non encore signalée jusqu'à ce jour.

M. RAYNAUD admet une relation intime entre le purpura et le rhumatisme. Il a vu des purpura se manifestant par poussées comme la poussée rhumatismale. Dans ces cas, il a constaté des douleurs pseudoarticulaires, avec gonflement, crépitation, comme dans la ténosite, pus nouvelles poussées.

M. HILLAIRET n'est pas tout à fait de cet avis. Dans les trois quarts des cas, le purpura simple s'accompagne de douleurs rhumatoïdes. Pour lui, il y a là deux affections distinctes et c'est à l'affection cardiaque que l'on doit rapporter la production du purpura par altération des capillaires.

M. RIGAL n'a pas trouvé d'altération des capillaires dans l'autopsie de son malade.

Tubercules du vagin et du col utérin. — M. CORNIL devait présenter, conjointement avec M. Rigal, deux observations très intéressantes et très rares de tubercules du vagin et du col utérin. En l'absence de M. Rigal il communique l'observation qui lui est personnelle.

Il donnait des soins à une femme phthisique qui présentait une tumeur abdominale localisée dans la partie profonde du péritoine pelvien, avec douleurs utérines et fleurs blanches.

Au spéculum, il constata une érosion superficielle du col au niveau du méat. Cette ulcération avait environ un demi-centimètre de diamètre; bords taillés à pic, fond jaunâtre; sur un des bords existaient trois petits grains jaunâtres, un peu saillants. On toucha l'ulcération avec un pinceau trempé dans la teinture d'iode coupée avec moitié eau ; la cicatrisation fut rapide

et trois semaines après la malade quitta l'hôpital presque complètement guérie.

En même temps on constata une petite ulcération au frein de la langue, qui avait également débuté par des granulations jaunâtres tuberculeuses et se cicatrisa rapidement.

M. CORNIL appelle surtout l'attention sur la rareté de la tuberculose du col utérin et du vagin : il en existe deux ou trois cas, tout au plus.

Dans l'autopsie de la malade de M. Rigal, on constata une tuberculose miliaire généralisée à toute l'économie; il existait un semis granuleux blanchâtre au col et à la paroi du vagin ; rien dans la cavité du col.

Dans les deux cas cités par M. Cornil, les lésions étaient parfaitement nettes. M. Cornil rend compte de l'examen histologique de ces granulations.

M. FOURNIER, tout en reconnaissant la rareté des tubercules du col, en a déjà rencontré un certain nombre. Huit à dix fois déjà, il a observé sur des cols des ulcérations dont il a cherché à spécifier la nature et qui n'étaient pas des chancres du col. Mais ces femmes étaient tuberculeuses, et il s'est demandé s'il ne pouvait pas mettre ces ulcérations sur le compte de la tuberculose. Mais toutefois il n'a pas vu le tubercule initial, car il est indolent, et c'est chez des femmes vivantes qu'ils ont été constatés.

L'histoire de la tuberculose du col est encore à l'étude et elle n'est pas plus avancée que ne l'était la tuberculose de la langue quand M. Trélat appela l'attention sur les points jaunes.

En résumé, M. Fournier admet que chez les scrofuleux, les phthisiques, on trouve des ulcérations et que ces ulcérations peuvent être mises sur le compte de la tuberculose.

M. CORNIL partage l'opinion de M. Fournier, toutefois il est d'avis que toutes les ulcérations des tuberculeux ne sont pas tuberculeuses et que c'est une question à étudier.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 mars 1879; présidence de M. BLONDEAU.

Du traitement des anévrysmes par l'électropuncture et l'acupuncture. — M. MOUTARD-MARTIN, à propos de la précédente communication de M. Constantin Paul sur le traitement des anévrysmes par l'acupuncture, demande si l'introduction d'aiguilles très rapprochées les unes des autres dans la poche anévrysmale ne peut pas présenter quelques inconvénients.

M. Moutard-Martin a actuellement dans son service un malade atteint d'anévrysme du tronc innominé, avec prolongement de la tumeur sous le muscle sterno-mastoïdien. Le diagnostic fut déjà fait il y a deux ans par M. Panas, qui ne crut pas devoir intervenir chirurgicalement. Ce malade entra à l'hôpital il y a six semaines : on constata une tumeur volumineuse comprimant la trachée et déterminant du cornage, de la toux, une expectoration filante et abondante à la suite d'accès de toux véritablement suffocants ; ces accès étaient très violents et s'accompagnaient de symptômes asphyxiques, à ce point qu'on devait craindre à tout moment la rupture de la poche.

M. Dujardin-Beaumetz, consulté, déclara connaître un exemple d'anévrysme semblable du tronc brachio-céphalique ; il conseilla l'opération. M. Moutard-Martin craignait qu'il ne se formât à la suite de l'électropuncture conseillée des caillots pouvant être entraînés dans une des branches collatérales ; mais, M. Dujardin-Beaumetz ayant dit n'avoir eu aucun accident dans un cas semblable, M. Moutard-Martin se prêta d'autant plus à cette opération qu'elle était vivement désirée par le malade. On fit une première tentative d'une durée d'une demi-heure ; l'opération fut très bien supportée ; il n'y eut qu'un peu de douleur au niveau de la poche, douleur qui persista pendant quelques jours ; mais presque aussitôt la

toux et le cornage disparurent à peu près complètement. Trois semaines après, nouvelle opération, très bien supportée. La tumeur resta douloureuse pendant vingt-quatre heures environ, et l'amélioration fut plus accentuée encore qu'à la suite de la première opération. La tumeur n'a pas diminué de volume d'une façon très notable, mais elle est plus dure. Le point où la diminution est le plus sensible est dans la partie qui se prolongeait sous les muscles du cou; à ce niveau, le souffle a presque complètement disparu.

En résumé, l'électropuncture a déterminé chez ce malade une amélioration d'autant plus notable, que la mort était imminente, et que les douleurs déterminées par la suffocation étaient intolérables; tout danger immédiat a en effet disparu, ainsi que la toux et le cornage.

M. Constantin Paul rappelle que dans l'histoire de l'électropuncture on doit distinguer deux phases reposant sur deux idées théoriques.

Tout d'abord, on se proposait de déterminer dans la poche anévrysmale, à l'aide de l'électricité positive, un coagulum par action chimique. Si cette idée avait prévalu, jamais M. Dujardin-Beaumetz n'eût osé attaquer un anévrysme du volume et du siège de l'anévrysme dont M. Moutard-Martin vient de donner la description. Or, il y a quelques semaines, M. Dujardin-Beaumetz eut à soigner un de nos plus honorables confrères, M. B. de la G..., atteint d'un volumineux anévrysme de la sous-clavière; une consultation eut lieu chez M. le professeur Broca, qui soutint cette idée que ce n'était pas un caillot qu'on formait dans la poche à la suite de l'emploi de l'électricité, mais une endartérite déterminant par cela même un épaississement et une résistance plus grande de la poche. Tous les autres moyens ayant échoué, on se résolut à l'opération : il y eut deux séances qui furent suivies d'un grand soulagement; mais, quelque temps après, il y eut une rupture de la poche, et le malade mourut subitement.

Or, avec des aiguilles très fines, on obtient aussi, sans l'aide de l'électricité, une inflammation de la poche, de la douleur, de l'endartérite déterminant une petite coagulation du sang sur les parties enflammées : l'électricité n'est donc plus nécessaire pour amener ce résultat.

Du climat de Nice et de son action thérapeutique. — M. Grellety lit un mémoire sur le climat de Nice et sur son influence sur les maladies traitées dans cette ville, et particulièrement la phthisie. Après avoir insisté sur les variations subites de la température, variations telles que le thermomètre dépasse souvent 40 degrés en plein midi, pour ne marquer que 9 à 10 degrés à l'ombre, M. Grellety ajoute que si le climat de Nice était vraiment salutaire dans la phthisie, elle devrait être rare parmi ses habitants; or, dit-il, il n'en est rien. Non seulement la phthisie est aussi fréquente dans les hôpitaux du littoral qu'ailleurs, mais encore le coefficient de la mortalité est très élevé par rapport aux autres villes, sans être pourtant aussi accentué qu'un journal de Lyon le disait récemment. « Je dois dire que les statistiques de la ville comportent des erreurs voulues qu'il faut connaître pour ne pas s'en laisser imposer: c'est ainsi que, pour ne pas effrayer les visiteurs, on porte sous la rubrique de bronchite et de maladies chroniques la plupart des cas de mort par phthisie; on place de même dans le casier des maladies aiguës ou dans tout autre les maladies zymotiques dangereuses, ce qui a été fait aux mois de décembre et de janvier derniers pour l'épidémie de variole qui a régné dans le voisinage de la caserne, du lycée, à l'entrée de la rue de France. Ces petites supercheries s'expliquent jusqu'à un certain point, lorsqu'il n'y a point de péril, mais elles sont préjudiciables à la vérité et doivent être connues au moins par les médecins. » Pour M. Grellety, le vrai triomphe de la cure de Nice, c'est le traitement de la goutte chronique. Les goutteux, à n'importe quelle période de leur diathèse, s'y trouvent très bien, pourvu qu'ils renoncent résolument à leurs mauvaises habitudes, à leurs erreurs hygiéniques, qu'ils soient sobres et se décident à vivre au grand air, à faire de l'exercice d'une façon suffisante, pour assurer une large oxygénation du sang et rendre leur activité aux glandes sudoripares, à tout le système capillaire périphérique.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Traitement du catarrhe de l'estomac. — Le docteur Küster se prononce contre l'emploi de la pompe stomacale, instrument difficile et dangereux à manier, aussi bien pour les médecins que pour les malades de la clientèle privée.

Parmi la grande quantité de médicaments qui ont été employés dans le traitement du catarrhe gastrique, il n'en utilise que trois, savoir : l'acide chlorhydrique, le sel de Carlsbad et le nitrate d'argent. Il les prescrit aux doses suivantes : l'acide chlorhydrique, de 5 à 8 gouttes, à prendre dans un verre de vin, avant et après les repas. La dose de sel de Carlsbad est d'une à deux cuillerées à bouche, en dissolution dans l'eau chaude, une fois par jour. Le nitrate d'argent est donné sous forme de pilules, contenant chacune 5 milligrammes du médicament et 7 milligrammes d'extrait de belladone.

Chacune de ces substances semble remplir des indications spéciales et agir en quelque sorte d'une façon opposée à celle des autres. D'après la théorie de l'auteur, on doit les employer de la manière suivante :

L'acide chlorhydrique est utile seulement dans les cas où le catarrhe de l'estomac ou les sensations désagréables éprouvées peu après le repas sont causés par une sécrétion insuffisante du suc gastrique, en particulier d'acide gastrique. On en obtiendra aussi de bons effets dans les cas où le malade se plaint de pertes d'appétit, de douleurs, de pesanteur d'estomac après le repas et de diarrhée profuse, mais ne souffre ni de flatulence ni d'éructation acide. Ces symptômes sont causés par le défaut d'acide dans le suc gastrique, et seront par conséquent soulagés aussitôt après l'introduction de l'acide. Les fumeurs souffrent généralement du manque d'acide gastrique, dont la sécrétion est probablement diminuée par la nicotine qu'ils avalent en fumant.

Le sel de Carlsbad doit être employé dans les cas diamétralement opposés aux précédents. Il est surtout efficace en neutralisant la quantité d'acide en excès et en débarrassant l'estomac de grandes quantités de mucus qui s'y accumulent généralement. Il agit en quelque sorte comme la pompe stomacale, sauf la sensation désagréable qui accompagne le passage de la sonde dans la gorge.

Quant au nitrate d'argent, on ne sait pas encore dans quels cas il est le plus efficace. On l'a employé maintes fois dans les ulcères de l'estomac ; mais l'auteur est d'avis que cette pratique est plutôt dangereuse. Il l'a prescrit, sans aucune indication spéciale, dans les cas où il n'y avait pas de symptômes d'ulcère, et il l'a toujours trouvé extrêmement utile. Il l'a aussi employé avec un certain succès dans le traitement des femmes ayant une tendance à la chlorose et névropathes. (*Allgemeine medic. central Zeitung*, 1876, nº 98.)

Du cancer laryngé. — Le docteur Marelle, dans son travail, étudie avec un soin consciencieux, tout ce qui se rapporte au cancer du larynx. Il en trace habilement les symptômes, le diagnostic, le traitement, et il déduit de son étude quelques conclusions qui nous paraissent à l'abri de la critique.

L'extirpation du larynx n'est pas une opération qui fait courir au malade des dangers immédiats. On pourrait craindre l'hémorrhagie ; mais, grâce aux moyens hémostatiques dont on dispose, on peut être sûr d'en triompher. Il en est de même de l'introduction du sang dans les voies aériennes, si on fait préalablement le tamponnement de la trachée.

La mort est le plus souvent le résultat de complications pulmonaires. Il faut donc entourer le malade de précautions minutieuses, telles que : chambre à une température moyenne, humidité de l'at-

mosphère, cravate de mousseline.

La récidive peut se faire sur place, et il en résulte qu'il faudra, autant que possible, pour faire l'opération, ne pas attendre que les ganglions soient dégénérés et que le cancer ait eu le temps de se propager.

La guérison, ainsi que l'atteste l'expérience, peut se maintenir plusieurs mois. (*Thèse de Paris*, 1878, nº 400.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Acné éléphantiasique du nez. Ablation des parties hypertrophiées par l'instrument tranchant. Guérison, par Marcacci (*Giornale italiano delle mal Veneree e della pelle*, février 1879, p. 31).

Extirpation du larynx pour cancer. Bon état du malade pendant un an, puis symptômes de phthisie pulmonaire. Mort; pas d'autopsie, par Foulis (*the Lancet*, 29 mars 1879, p. 436).

De l'injection d'eau chaude dans le vagin, pour favoriser la dilatation et le relâchement des parties au commencement du travail, par Walter J. Kilner (*id.*, p. 439).

Traitement de la gangrène pulmonaire par l'incision du thorax. Discussion à la Société clinique de Londres à propos d'une communication de M. Cayley sur ce sujet (*id.*, p. 440).

Propriétés du bromure de potassium et de la coca dans le traitement de l'impuissance virile, par Angelo Zangrilli (*Gaz. med. di Roma*, 1er avril 1879).

Cas d'ovariotomie avec adhérences multiples au grand épiploon et aux parois abdominales ; symptômes de péritonite de longue durée ; guérison. Buchanan (*the Glascow Med. Journ.*, février 1879, p. 122).

Enucléation de l'œil pour ophthalmie sympathique ; guérison rapide. Tumeur osseuse à la face interne de l'œil énucléé, par Leartus Connor (*the Detroit Lancet*, janvier 1879, p. 23).

Des lacérations du col de l'utérus pendant l'accouchement et de leur traitement par la trachéloraphie, par E. C. Dudley (*the Chicago Med. Journ. and Examiner*, mars 1879, p. 225).

Cancer du rectum ; obstruction intestinale ; colotomie lombaire. Progrès du mal ; compression des organes du petit bassin par le cancer primitif et l'engorgement des ganglions lymphatiques pelviens ; mort quatre mois après l'opération, par J.-H. Salisbury (*id.*, p. 270).

Sur le traitement dissolvant de quelques néoplasmes, en particulier par les préparations d'iode et d'arsenic à l'intérieur, par M. R. Levi (*Giorn. veneto di scienze mediche*, mars 1879, p. 193).

Effets utiles de la teinture alcoolique de belladone dans le traitement du goitre exophthalmique, par Cantilena (*id.*, p. 218).

Anévrysme de la fémorale spontané, chez un alcoolique, guéri par la compression digitale. L'auteur avait d'abord essayé la compression élastique avec le bandage d'Esmarch, mais il avait dû l'abandonner à cause des douleurs atroces éprouvées par le malade. On peut lui reprocher de ne pas avoir employé l'anesthésie pendant cette tentative. Dr G. Nicolini junior (*id.*, p. 224).

Bons effets de l'usage local de l'hydrate de chloral dans le traitement de l'angine diphthéritique, par M. R. Levi (*id.*, p. 226).

VARIÉTÉS

MORT DU PROFESSEUR GUBLER.

Le professeur GUBLER vient de mourir. C'est une grande perte pour la science médicale, et de longtemps le vide que cette mort vient de faire dans la thérapeutique française ne sera comblé !

Aussi savant botaniste que médecin expérimenté, aussi bon chimiste que clinicien habile, Gubler possédait toutes les qualités qui permettent d'étudier et de professer la thérapeutique ; doué d'une mémoire merveilleuse, véritable encyclopédie vivante, orateur distingué, dans toutes les questions qu'il abordait, soit dans ses fréquentes communications aux Sociétés savantes, soit dans son cours de thérapeutique, le médecin de l'hôpital Beaujon savait captiver et surtout instruire l'auditoire nombreux qui se pressait autour de lui.

Avant de fonder le *Journal de Thérapeutique*, le professeur Gubler était un assidu collaborateur du *Bulletin*, qui renferme dans sa collection un grand nombre de ses travaux ; l'ouvrage qui, à coup sûr, est destiné à porter le plus haut la réputation de Gubler, c'est le *Commentaire du Codex*, œuvre magistrale qui sera pendant longtemps le meilleur exposé de la science thérapeutique de notre époque.

Homme de relation toujours affable, d'un accueil toujours bienveillant, Gubler ne laisse après sa mort que d'unanimes regrets, et l'on peut dire qu'au-delà du tombeau il a voulu encourager cette partie de la science médicale à laquelle il avait imprimé pendant sa vie une impulsion si puissante, puisqu'il consacre une partie de sa fortune à la création d'une chaire de thérapeutique pratique.

EAUX MINÉRALES. — Le docteur Regnault (Paul), médecin consultant aux eaux de Bourbon-l'Archambault (Allier), vient d'être nommé médecin inspecteur de ces eaux à la place du docteur Périer, démissionnaire.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Nominations.* — Par décret en date du 12 avril 1879, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. BROUARDEL, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur de médecine légale à ladite Faculté. — Par décret en date du même jour, M. LABOULBÈNE, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur d'histoire de la médecine à ladite Faculté.

HOPITAL DE BERCK-SUR-MER. — Par arrêté de M. le directeur de l'Assistance publique, approuvé par le préfet de la Seine, le docteur CAZIN (H.), médecin à Boulogne-sur-Mer, chirurgien à l'hôpital de Berck-sur-Mer, vient d'être nommé médecin en chef de cet établissement en remplacement du docteur Perrochaud, démissionaire.

NÉCROLOGIE. — Le docteur HELD, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Strasbourg. — Le docteur MERLE, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.—Le docteur HILLAIRET, à Montendre (Charente-Inférieure).— Le docteur DESCHAMPS, agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. — Le docteur MAIGROT, directeur de l'établissement hydrothérapique de Saint-Dizier. — Le docteur VERTRAETEN, à Bruxelles. — Le docteur WILLEMS, à Gand.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement thérapeutique des tuberculeux (1);

Par M. le professeur PETER, médecin de la Pitié.

Le tuberculeux rejette ou peut rejeter par la toux : 1° des *crachats* perlés, globuleux, striés parfois de points noirs et venant des glandules hypertrophiées du pharynx et du vestibule laryngé, régions qui sont souvent atteintes d'une phlegmasie chronique que l'on a désignée sous le nom d'angine « granuleuse » (ou mieux « glanduleuse ») ; 2° des crachats également perlés, moins régulièrement globuleux que les précédents, parfois étalés ou déchiquetés, parfois encore striés de lignes jaunâtres, et qui ne sont autres que le produit de sécrétion des glandules de la muqueuse de la trachée-artère, plus ou moins chroniquement enflammée.

Ces deux sortes de crachats n'ont aucune espèce d'importance. Ils sont absolument indépendants de la tuberculisation des poumons. Il en est d'autres, au contraire, qui tiennent à cette tuberculisation même, soit par action de voisinage, soit par lésion directe. Je veux parler des crachats de la bronchite et de ceux des excavations tuberculeuses. Nous avons vu que le tubercule provoquait, à un certain moment de son évolution, une hypérémie rayonnant jusque sur un territoire anatomique absolument différent par la structure comme par les fonctions, je veux dire sur le territoire de la membrane muqueuse des bronches. Eh bien, cette hypérémie, rayonnant du tubercule (qui siège dans les poumons) jusque sur la membrane muqueuse (qui n'est nullement tuberculisée), provoque tous les degrés de la sécrétion ; depuis une sorte de salivation des bronches, jusqu'à la production d'un mucus plus épais, simple encore et purement catarrhal, jusqu'à celle enfin d'un muco-pus, où les leucocytes prédominent sur les globules de mucus.

Cette sécrétion, surtout celle de la dernière espèce, est une cause de spoliation pour l'organisme, et à ce titre elle doit être combattue. Nous verrons tout à l'heure comment on le peut faire.

(1) Suite, voir le numéro précédent.

En dernier lieu enfin, le tubercule provoquant autour de soi une phlegmasie de nature ulcéreuse, il en résulte le rejet de crachats où le pus prédomine et qui contiennent, comme nous l'avons vu, des débris fibreux du poumon nécrosé ; c'est le pus des cavernes, lequel se distingue des crachats mucoso-purulents, dont nous venons de parler tout à l'heure, par sa tendance à s'étaler en nappe, au lieu de présenter cette disposition vermicellée que l'on peut constater, soit directement dans les crachats d'aspect dendritique, soit indirectement dans les crachats conglomérés et qu'un filet d'eau projeté sur eux permet de dissocier facilement.

Thérapeutiquement les crachats des deux premières espèces, quelque bruit qu'on en puisse faire, sont sans importance. Tout au plus indiquent-ils la disposition herpétique ou scrofuleuse du sujet, mais ils sont sans relation directe avec le tubercule. Il n'en est pas ainsi des crachats d'origine bronchique, comme de ceux d'origine pulmonaire. De ceux-là il faut se préoccuper.

C'est surtout sur la sécrétion des cavernes qu'il importe d'agir; attendu que cette sécrétion n'est pas mucoso-purulente comme celle des bronches, mais nécessairement purulente, et qu'une telle sécrétion est doublement malfaisante par la spoliation qu'elle entraîne comme par la résorption qu'elle implique. Et quelle résorption ! Il faut concevoir, en effet, que la paroi sécrétante est vasculaire, et que, comme telle, elle absorbe. Il faut concevoir, d'autre part, que le pus sécrété réunit par son séjour dans la cavité caverneuse les deux conditions les plus favorables à la putréfaction — et à la putréfaction hâtive — le contact permanent de l'air et l'élévation de la température.

Ainsi la paroi caverneuse ne résorbe pas du pus simple, mais du pus en voie de putréfaction. D'où cette petite fièvre *putride*, qu'on voit survenir chez les tuberculeux à vastes cavernes, et qui s'ajoute à la fièvre tuberculeuse, quand elle existe, ou à celle de suppuration.

D'où, enfin, la nécessité thérapeutique de modifier la nature et de diminuer l'abondance de cette suppuration, sinon de la tarir. Et c'est ici (disons-le d'avance) que les eaux sulfureuses sont toujours utiles et souvent triomphantes.

C'est donc contre l'expectoration bronchitique et caverneuse que l'on a dirigé tous les moyens d'action empruntés aux balsamiques et aux substitutifs. C'est contre eux que l'on a donné les résolutifs ou prétendus tels.

Parmi les balsamiques, les meilleurs sont encore les moins offensants pour l'estomac : le sirop de tolu associé au sirop de térébenthine à la dose de 30 grammes de chaque par jour, pris dans trois tasses d'infusion de bourgeons de sapin, ou encore l'eau de goudron légère et sucrée avec ce sirop.

On a conseillé la sève de pin maritime à la dose d'un à deux verres par jour.

M. Gimbert et M. Bouchard ont préconisé la créosote du goudron de hêtre; on peut la donner sous forme de vin, dont chaque cuillerée à soupe contient 20 centigrammes de créosote. Chaque cuillerée est prise dans un verre d'eau sucrée. La créosote peut être encore administrée dans l'huile de foie de morue. Sous son influence, quand la créosote est tolérée, il y a parfois une augmentation réelle de l'appétit, une activité plus grande des digestions, et un retour de l'embonpoint avec augmentation du poids du corps. Malheureusement, j'ai vu des faits de cette nature ne pas persister, et l'intolérance pour la créosote en même temps que de la gastralgie survenir ; de sorte que ce médicament, qui a une valeur réelle, est encore limité dans son emploi et ne peut guère être donné d'une façon continue qu'aux estomacs vigoureux.

En réalité, il se pourrait bien que la créosote n'excitât l'appétit momentanément qu'en irritant légèrement l'estomac (comme il arrive à la suite de l'excitation de ce viscère, au lendemain d'un fort repas, par exemple) ; et, pendant tout le temps que dure cette excitation artificielle, l'appétit est plus vif, les digestions sont plus actives, l'amaigrissement s'arrête et l'embonpoint même peut revenir avec augmentation du poids du corps. Mais bientôt surviennent la fatigue stomacale, puis consécutivement l'anorexie et la dyspepsie. De tels faits, j'en ai vu.

On peut donner encore, pour calmer la toux et diminuer quelque peu l'expectoration, la glycérine ; — la glycérine chimiquement neutre, — par cuillerée à soupe, deux à trois par jour, soit pure, soit étendue d'eau. J'ai vu la glycérine parfaitement acceptée par les malades et tolérée par l'estomac ; à ce double titre, et parce qu'elle est un corps gras, elle peut être substituée à l'huile de foie de morue, alors que celle-ci est refusée par les malades ou leur estomac.

Lorsque l'expectoration est accompagnée d'un peu de fièvre, ou même sans qu'il y ait de fièvre, elle est avantageusement modifiée par l'emploi du kermès, à la dose de 2 à 5 ou 10 centi-

grammes par jour, donnés par cuillerée de julep, dont chacune contient 1 à 2 centigrammes de kermès minéral.

Ainsi, je conseille parfois deux, trois ou quatre de ces cuillerées par jour : le matin, au milieu du jour, le soir et pendant la nuit; ou bien encore on peut donner le kermès par petites pilules, dont chacune contient 1 à 2 centigrammes de kermès.

Un homme qu'on ne saurait trop citer à propos de thérapeutique, et surtout quand il s'agit des tuberculeux, M. Fonssagrives, considère la médication thermo-sulfureuse dans la phthisie pulmonaire comme « prodigieusement utile » et il ajoute qu'il y a une « confiance extrême ». Suivant l'éminent thérapeute, le traitement hydro-sulfureux met l'économie dans des conditions telles que les productions tuberculeuses ne s'accroissent pas; il modifie, ou même fait disparaître l'expectoration; enfin peut-être favorise-t-il la cicatrisation des cavernes peu étendues en tarissant la sécrétion purulente.

Ce seraient là de bien beaux résultats; mais n'y a-t-il pas des réserves à faire, et cela dans l'intérêt même de la médication?

Les eaux sulfureuses peuvent faire du bien à certains tuberculeux, être inutiles à quelques-uns, nuisibles à d'autres. Il faut donc s'entendre scrupuleusement à ce sujet, voir, en d'autres termes, quand elles sont bonnes et quand inutiles ou mauvaises.

Les eaux sulfureuses diminuent l'abondance et modifient la nature de l'expectoration mucoso-purulente ou purulente. Voilà le fait, chez les catarrheux comme chez les tuberculeux, et, disons-le tout de suite, chez les tuberculeux parce que, et exclusivement parce que, catarrheux. Ce qui revient à dire que les eaux sulfureuses sont indiquées et ne le sont réellement que chez les tuberculeux qui crachent.

Le catarrhe bronchique, provoqué à l'aide d'une hypérémie de voisinage par la granulation tuberculeuse, peut donc être, et est en réalité, avantageusement modifié par les eaux sulfureuses en tant que sécrétion catarrhale; mais indépendamment, il faut savoir le reconnaître, de toute action antituberculeuse. Si les eaux sulfureuses modifient, et elles le font, la sécrétion catarrhale des bronches, elles la modifient chez le tuberculeux comme elles le feraient chez le scrofuleux, l'herpétique, l'arthritique, ou plus simplement le catarrheux, et par un mécanisme identique, qui est l'action *substitutive*.

Que le mode d'action des eaux sulfureuses soit tel, cela est

bien connu et démontré à ciel ouvert pour les maladies cutanées. Le fait est banal à l'hôpital Saint-Louis et admis dans les thermes pyrénéens. C'est par cette action toute topique des eaux sulfureuses sur la peau qu'elles peuvent servir de pierre de touche à la syphilis torpide ou larvée. Eh bien, ce mode d'action, ces eaux l'exercent sur les membranes muqueuses chroniquement enflammées, et c'est ainsi qu'elles agissent d'une façon bienfaisante sur les affections catarrhales chroniques des voies digestives ou respiratoires. Mais, qu'on le remarque bien, l'action n'est exercée que sur le catarrhe et non sur la tuberculose; sur le catarrhe, dis-je, élément *surajouté*, et non sur l'élément morbide primitif, le tubercule.

Maintenant, si l'on veut entrer plus intimement dans le mécanisme thérapeutique des eaux sulfureuses, il me paraît que leur action sur la peau nous éclaire sur leur mode d'action relativement aux membranes muqueuses. La peau est, en effet, une membrane de revêtement externe de l'organisme, comme les membranes muqueuses en forment le revêtement interne; or l'action sur la peau est doublement topique. Les eaux sulfureuses irritent la peau directement et extérieurement par action *de contact;* elles l'irritent directement encore, mais de dedans en dehors, par le *passage* à travers la peau, quand elles sont éliminées, ayant été prises à l'intérieur. C'est de cette façon que les membranes muqueuses sont irritées par les eaux sulfureuses, c'est-à-dire de dedans en dehors, par le passage des gaz sulfureux, pendant l'acte éliminatoire, ces eaux ayant été préalablement prises en boisson. Eh bien, cette irritation substitutive et bienfaisante pour la peau chroniquement enflammée comme pour la membrane muqueuse chroniquement affectée de catarrhe peut être salutaire, et en tout cas sans inconvénient, au moins pour la membrane muqueuse, quand le catarrhe dont elle est affectée n'a pas pour point de départ un tubercule au voisinage. Mais, si l'on songe un instant que ce catarrhe est causé par les tubercules auxquels il confine; que ce sont ces tubercules qui, par hypérémie de voisinage, ont produit la phlegmasie catarrhale dont l'hypérémie a été le premier terme; que cette hypérémie a pu être et est souvent l'occasion d'une hémoptysie, on comprend qu'il ne soit pas toujours sans inconvénient de provoquer une hypérémie substitutive sur cette membrane muqueuse qui ne demande qu'à saigner de par ses tubercules de voisinage.

En dehors donc des conditions d'expectoration abondante par catarrhe bronchique ou sécrétion caverneuse, les eaux sulfureuses ne sont pas nettement indiquées chez les tuberculeux. Elles n'ont de prise que sur l'élément catarrhal ou sécrétoire *surajouté*, et n'agissent qu'en vertu d'une irritation substitutive; laquelle peut constituer presque un danger, en ce sens qu'elle peut aller jusqu'à provoquer une hémoptysie. Et c'est là le côté litigieux des eaux sulfureuses. A ce sujet, d'ailleurs, il faut s'entendre et ne pas jouer sur les mots.

L'hémoptysie n'est pas toujours un mal chez les tuberculeux, en cela qu'elle est la *crise* d'une hypérémie périphymique considérable, mais la crise d'une hypérémie *spontanée*. Alors, en effet, le malade éprouve du soulagement. Il avait deux causes d'oppression, ses tubercules et l'hypérémie de voisinage : l'hémoptysie fait disparaître celle-ci; il ne lui reste plus alors que ses tubercules : il respire donc nécessairement mieux, et ce mieux-être respiratoire, il le doit au désencombrement du parenchyme par la disparition du trop-plein vasculaire. Les choses sont tellement ainsi, que la température morbide *locale* baisse de 1 à 2 degrés à la suite d'une hémoptysie, c'est-à-dire de la quantité environ dont elle s'était élevée avant l'accident, et par le fait même de l'hypérémie génératrice. Cela résulte de mes recherches sur les températures morbides locales.

Mais, si l'hémorrhagie est alors incontestablement une crise bienfaisante, parce qu'elle juge une hypérémie et remet le parenchyme pulmonaire en état de mieux respirer, il ne s'ensuit pas qu'il soit bon de la provoquer, je veux dire de provoquer l'hypérémie qui l'engendrera; car, même spontanée, même critique, l'hémoptysie est une spoliation, c'est une perte pour l'organisme du tuberculeux. Or, les eaux sulfureuses n'agissent que par voie de substitution : soit sur la peau, soit sur les membranes muqueuses d'élimination de l'hydrogène sulfuré (muqueuse respiratoire ou muqueuse digestive); elles ne font bien que par l'irritation locale et de contact, qui fait passer momentanément le mal chronique torpide à un état aigu curable. Dans le cas de maladie inflammatoire chronique des bronches, la chose est évidente et le bienfait certain; mais, au cas de tuberculisation pulmonaire, il n'en saurait être ainsi : l'hypérémie surajoutée est hors d'état de SE SUBSTITUER au tubercule; elle *le complique*. L'hypérémie locale, résultant du passage, à travers la trame du

poumon, du soufre contenu dans les eaux sulfureuses, ne peut pas plus fondre les tubercules que les engendrer ; elle est inerte quant à eux. Mais, nous l'avons vu par surcroît, tout le mal dans la tuberculisation vient de l'hypérémie consécutive : c'est elle qui fait l'hémorrhagie, comme elle fait la phlegmasie, ulcéreuse ou non. A quoi bon donc la provoquer ou s'exposer à l'engendrer, cette hypérémie redoutable et jamais salutaire? Et peut-on dire qu'on a fait du bien parce qu'une hémoptysie est venue mettre un terme à une congestion qu'on avait excitée par la médication?

Sans aller jusqu'à dire (mais quelques-uns n'en vont pas loin) que les sulfureux sont un spécifique de la tuberculose, on leur a attribué une action thérapeutique d'élection pour les voies respiratoires, et l'on a donné de ce fait une explication scientifique qu'il est bon d'analyser. Le point de départ, la base même de cette explication, est l'élimination des gaz sulfureux par la membrane muqueuse des voies respiratoires; d'où l'on a conclu à une sorte d'affinité élective de ces gaz pour cette muqueuse et à l'affinité thérapeutique consécutive. Voyons donc ce qu'il en peut être, et de cette affinité élective, et de cette élection thérapeutique.

Toute substance gazeuse et volatile contenue dans le sang tend à s'éliminer par les voies qui lui sont offertes. Les voies d'élimination les plus faciles et par suite les plus habituelles sont les voies aériennes; mais les voies digestives jouent également ce rôle éliminateur.

Pour s'en tenir aux voies aériennes, l'acte respiratoire n'est, au fond (on le sait de reste), qu'un échange de gaz par exosmose et endosmose. Tout gaz contenu dans le sang s'en échappe par cette issue. Le gaz hydrogène sulfureux ne fait pas exception ; il en est de lui comme de l'acide carbonique. Mais il en est des vapeurs alcooliques ou de tout autre fluide gazéiforme comme de ces deux gaz. Or, est-il jamais venu à l'esprit de personne de dire, au point de vue physiologique, que l'acide carbonique eût une affinité d'élimination par la membrane respiratoire? ou que, réciproquement, au point de vue thérapeutique, l'élimination d'acide carbonique par cette membrane dût être un moyen de curation pour ses maladies? Autant vaudrait dire, en effet, que l'exhalation des vapeurs alcooliques, laquelle est incontestable par la même membrane, est une cause de guérison pour celle-ci, et qu'il en est ainsi de l'élimination de tout fluide gazéiforme par le poumon! La question ramenée à ces termes, le non-sens

saute aux yeux. Eh bien, ce qui n'est pas vrai de l'acide carbonique ou des vapeurs d'alcool, ne l'est pas davantage de l'hydrogène sulfuré. Il y a là un acte *physique* nécessaire, aveugle, indifférent, s'accomplissant pour toute espèce de gaz ; il n'y a pas là un acte *physiologique*, particulier, sélecteur, acceptant ou refusant telle ou telle substance par affinité ou antagonisme ; il n'y a pas là, *à fortiori*, d'acte *thérapeutique* s'accomplissant en vue d'une curation possible.

Du reste, les partisans mêmes de la spécificité d'action des eaux sulfureuses sur la membrane muqueuse respiratoire et en particulier sur le poumon tuberculeux, reconnaissent que ces eaux peuvent provoquer et provoquent en effet souvent le catarrhe intestinal. Si elles le provoquent, c'est évidemment par hypérémie ; et si elles engendrent cette hypérémie préalable et incontestable sur la membrane muqueuse des voies digestives, c'est donc qu'elles n'ont pas une affinité exclusive pour la membrane muqueuse des voies respiratoires ; c'est donc enfin qu'elles ont encore moins cette affinité pour le tubercule pulmonaire, qui siège, lui, absolument en dehors du territoire bronchique, sur un territoire anatomique histologiquement et vasculairement distinct.

Oui, les eaux sulfureuses ont une action incontestablement salutaire au cas de sécrétion catarrhale bronchique abondante. Oui, elles sont également bienfaisantes dans le cas de sécrétion purulente par les parois d'une caverne plus ou moins étendue. Mais l'écueil, c'est encore dans l'irritation qu'elles peuvent provoquer, et qui, dépassant le mode substitutif, peut aller jusqu'à déterminer une hémorrhagie.

Ainsi les eaux sulfureuses peuvent être bienfaisantes et le sont en effet quant à l'élément catarrhal surajouté à la tuberculisation pulmonaire, ou quant à la sécrétion purulente des cavernes tuberculeuses. Mais si les eaux minérales sulfureuses agissent ainsi d'une façon salutaire sur un élément morbide de la tuberculisation pulmonaire, je veux dire le catarrhe ; ou sur la sécrétion purulente consécutive aux excavations pulmonaires ; il s'ensuit que là où il n'y a pas de catarrhe, là où il n'y a pas de cavernes, leur emploi n'est pas indiqué ; c'est-à-dire, en d'autres termes, qu'elles ne sont pas nécessaires au début de la tuberculisation des poumons, alors qu'il n'existe encore que des granulations, et que ces granulations n'ont encore provoqué aucune

sorte d'hypérémie, circonférentielle ou de voisinage. Je dirais même volontiers qu'elles peuvent, en pareil cas, devenir nuisibles par le fait de l'élimination des gaz sulfureux par l'appareil respiratoire, l'*irritant sulfureux* s'ajoutant alors à l'*irritant tuberculeux*, de manière à provoquer l'hémoptysie.

Cependant, il n'est pas douteux que, dans le cas de tuberculisation pulmonaire commençante, le séjour dans les thermes sulfureux ne soit salutaire à plus d'un tuberculeux *citadin ;* mais cet incontestable bienfait est peut-être autant le résultat de l'air que de l'eau ; le changement de milieu et l'hygiène meilleure ont peut-être aussi manifestement agi que les thermes.

En effet, les eaux sulfureuses, administrées à l'intérieur, peuvent produire une sorte de « remontement général », pour employer l'expression de Bordeu, et ici bien évidemment ces eaux n'ont qu'une action constitutionnelle, sans nul effet sur les tubercules pulmonaires ; mais cette action stimulante et tonique (qui, pour quelques-uns, pourrait enrayer la tuberculose) n'est obtenue qu'en même temps qu'une excitation directe et nécessaire de l'appareil respiratoire. Or, cette excitation (nous l'avons vu) n'est pas sans danger ; par conséquent, tout modificateur général qui pourrait produire ce remontement, sans exciter la muqueuse broncho-pulmonaire comme les eaux sulfureuses, serait au moins égal, sinon préférable à celles-ci.

Sincèrement, c'est à la fois rendre service aux médecins et justice aux eaux sulfureuses que de déterminer les cas où elles peuvent produire d'évidents bienfaits et ceux où, au contraire, elles peuvent être une occasion de danger ; et c'est ce que je m'efforce de faire ici.

En résumé, les eaux thermo-sulfureuses sont avantageuses aux tuberculeux qui crachent et n'ont pas de fièvre; elles sont de médiocre bienfait à ceux qui commencent leur tuberculisation et ne crachent pas encore ; elles sont dangereuses à ceux qui ont de la fièvre et des hémoptysies.

Ces dangers des eaux sulfureuses, prises inconsidérément et immodérément par les tuberculeux des poumons, sont parfaitement connus des médecins de ces eaux ; aussi ne les conseillent-ils qu'avec une sage réserve et ne les administrent-ils qu'à doses prudemment parcimonieuses. Au début de la cure, en général, quelques cuillerées à soupe, — voire même à café, — puis progressivement de un à trois verres par jour. Cette progression est

naturellement fondée sur les effets produits. Si l'eau sulfureuse est bien supportée, l'appétit s'en augmente, les forces se remontent; en est-il autrement, surviennent des troubles digestifs variés, de l'inappétence, de la dyspepsie et de la diarrhée. Lorsqu'il y a saturation, à ces troubles dyspeptiques se joignent des phénomènes d'irritation morbide du côté du système nerveux comme de la peau : agitation, insomnie, éruptions variées.

Quand donc vous jugerez bon de soumettre vos malades à une cure thermale sulfureuse, donnez-leur impérativement le conseil *de ne prendre les eaux que sur l'avis et sous la direction d'un médecin éclairé des thermes* où vous les envoyez, et que vous aurez soigneusement déterminé.

Vous m'avez vu à l'hôpital, alors que je ne pouvais pas employer l'hydrothérapie, prescrire les bains sulfureux aux malades atteints de tuberculisation pulmonaire; les prescrire à la température de 32 degrés centigrades et pendant une durée de 5 à 10 minutes au plus. C'est qu'en effet l'eau sulfureuse a une double action : elle agit d'une façon salutaire sur la peau qu'elle stimule en même temps qu'elle l'aguerrit contre le froid, d'abord; elle agit ensuite sur le système nerveux général, par l'intermédiaire du système nerveux cutané en particulier. Aussi les bains sulfureux, les douches, les frictions à la suite, sont-ils utiles aux tuberculeux; bains et douches donnés d'ailleurs avec toutes les précautions nécessaires pour éviter les refroidissements consécutifs. Une bonne pratique, manifestement révulsive et qui décongestionne les parties supérieures et spécialement les poumons, c'est l'emploi des demi-bains sulfureux ou des pédiluves de même nature et très chauds. Il me paraît que les stations thermales où l'on met en œuvre les moyens externes et tout locaux sont celles qui réalisent le mieux les conditions d'une cure complète.

S'il m'est permis de donner mon opinion tout entière, je dirai que les inhalations, le humage et la pulvérisation des eaux sulfureuses, utiles peut-être pour les pharyngo-laryngites, sont inutiles pour la tuberculisation pulmonaire.

J'ajoute, pour terminer sur ce point, que nous avons en France : 1° des sources sulfureuses froides, telles que celles d'Enghien et de Pierrefonds; 2° des sources sulfureuses thermales, telles que celles de Saint-Honoré, dans la Nièvre; des Eaux-Bonnes, dans les Basses-Pyrénées; d'Amélie-les-Bains et

du Vernet, dans les Pyrénées-Orientales ; de Cauterets, dans les Hautes-Pyrénées ; 3° des sources thermales sulfo-chlorurées sodiques, telles que celles d'Uriage, dans l'Isère.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Des méthodes de vitesse en thérapeutique ;

Par le docteur LUTON, de Reims.

Il peut arriver telle circonstance, en thérapeutique, qu'il ne s'agisse pas seulement de faire bien, mais surtout d'aller vite en besogne. Peu importe, en effet, l'énergie d'un traitement, si l'on n'arrive pas à temps pour l'appliquer, ou si l'occasion d'y avoir recours vient à manquer. Bien souvent une phase nouvelle ne se montre dans une maladie que parce qu'on n'a pas su se rendre maître de la phase antérieure qui l'a rendue possible. On peut poser en principe que la richesse symptomatique d'un mal, et que partant les risques auxquels il expose, sont en raison inverse de notre puissance curative. Guérissez, et surtout guérissez vite ; dès lors vous supprimez, ou tout au moins vous amoindrissez, la séméiologie, science dont nous sommes trop fiers ; car, si elle prouve notre habileté d'observateurs, elle démontre d'une façon irrécusable que nous sommes d'autre part de pauvres guérisseurs. A quoi bon s'appesantir sur la deuxième période de la pustule maligne? Nous ne l'eussions pas connue, cette période redoutable, si nous avions pu conjurer le mal dans sa première manifestation. On n'est exposé aux hémorrhagies intestinales et aux perforations dans la fièvre typhoïde, que parce qu'il faut bien laisser la maladie suivre à peu près fatalement les diverses phases de son évolution. On n'observe tant d'affections chroniques, dans la pratique courante, que parce qu'on a négligé sans doute l'occasion d'arrêter le mal à son début. Les lésions d'orifice du côté du cœur sont bien fréquentes ; mais le rhumatisme, si commun lui-même, n'est-il pas trop souvent abandonné à sa marche naturelle, par l'insuffisance des moyens qu'on lui oppose? On lui

permet de prendre librement ses ébats, jusques et y compris la phase cardiaque, devenue inévitable. Enfin, cette phthisie pulmonaire n'est-elle pas l'aboutissant fatal de tant de cas divers, et comme le *caput mortuum* de l'officine vitale ? Et ainsi de toutes les dégénérescences organiques ; on laisse le stade *névrosique* devenir le stade *vasculaire*, et celui-ci se transformer à son tour en stade *trophique;* alors tout est perdu. Est-il un témoignage plus accablant de notre imprévoyance ou de notre incapacité !

L'idée d'aller vite en thérapeutique a dû nécessairement frapper beaucoup de bons esprits, quand ce ne serait que pour répondre à l'impatience si légitime des malades. N'est-ce pas, du reste, l'*Occasio præceps* de notre maître à tous ? Certaines méthodes de traitement sont qualifiées d'*abortives;* d'autres fois, on procède par voie de *jugulation.* On fait, dit-on, *avorter* une fièvre typhoïde par un éméto-cathartique, par un simple purgatif donné à propos, etc. ; on *jugule* la pneumonie par des saignées coup sur coup, d'après la méthode de Bouillaud , etc. Mais qu'on ait jamais examiné la question dans son ensemble, et d'une façon vraiment consciente, nous croyons avoir le droit de le contester ; nous allons le prouver par les développements que nous donnerons au sujet, et en montrant comment il se prête à un exposé dogmatique, par la richesse et par la concordance de ses détails.

La méthode de vitesse s'impose dans les conditions suivantes :

1° Arrêter dans sa source un mal dont les suites ne pourraient être que funestes ;

2° Conjurer les dangers dérivant, à des titres différents, du mal lui-même ;

3° Empêcher les conséquences tardives d'une affection ayant déjà accompli ses premières périodes.

Puis, comme corollaires, nous avons ceci :

1° La mesure de l'efficacité d'une médication est donnée par sa rapidité même ;

2° La richesse séméiologique d'une maladie est en raison inverse de la vitesse de sa guérison ;

3° La vitesse d'une médication diminue les risques à courir dans toute maladie évoluant ;

4° Les moyens de vitesse en thérapeutique doivent être calculés en vue d'une extrême efficacité et d'une non moins grande opportunité.

Nous allons successivement reprendre chacun des aspects de la question.

1° *Arrêter dans sa source un mal dont les suites ne peuvent être que funestes.*

C'est un précepte élémentaire que de s'attaquer à un mal dès son origine : « Principiis obsta... », surtout lorsqu'on a lieu d'en craindre les suites ; mais cela se fait avec plus ou moins de sûreté, suivant le mode d'impression morbide : d'où résultent les différentes formes de la *méthode abortive.*

Pour ce qui est du *traumatisme simple*, nous n'avons à nous occuper que du cas où il y a effraction du tégument. Par cette porte ouverte, tout est possible ; et les diverses infections d'origine extérieure n'ont pas d'autre point de départ : *Erysipèle*, *angioleucite*, *phlébite*, *adénite*, etc. ; telles sont les conséquences ordinaires de la plus légère *érosion* de la surface cutanée et muqueuse. L'indication *abortive* fondamentale, c'est l'*occlusion.* Et encore le moyen n'est-il que *préventif;* il serait vraiment *abortif* dans le cas où la contamination aurait eu lieu déjà, soit par le fait de l'instrument vulnérant, soit par l'infection ultérieure de la plaie. Mais cela nous reporte au traumatisme compliqué d'un virus ou poison.

Le *traumatisme chirurgical* comporte les mêmes inconvénients, évités de nos jours par les précautions excessives de certains opérateurs, dont Lister représente le type le plus complet.

Indépendamment de la *contamination* d'une plaie primitivement simple, il existe un grand nombre d'affections morbides qui débutent par un *accident local.* Le plus souvent, le traumatisme ou une très légère effraction a rendu possible l'insertion du principe morbide ; et même, dans certains cas, comme dans la vaccination, la main de l'opérateur y a concouru. Mais ce qui se rapporte à la petite plaie, bientôt cicatrisée, disparaît devant les modifications accomplies *in situ.* Pour exemples, indiquons : la *vaccine*, le *chancre syphilitique*, le *charbon*, la *piqûre anatomique*, le *tubercule scrofuleux*, le *cancroïde*, etc., etc. Tout porte à croire que le mal reste d'abord, et pour un temps plus ou moins long, vraiment local. On observe bien, au point touché, une sorte de travail de *pullulation;* mais on peut avoir la prétention d'éteindre d'un seul coup toute activité menaçante, par voie de *neutralisation directe : action caustique*, *action spécifi-*

que, etc. On enlève la cause du mal, de même que s'il s'agissait d'un corps étranger, d'une épine, entrés dans nos tissus.

A beaucoup de points de vue, la *cavité utérine*, après la *délivrance*, est une surface vouée aveuglément à toutes les absorptions. C'est alors qu'on doit se hâter pour faciliter les expulsions et fermer toutes ces veines béantes. L'*ergot de seigle*, donné préventivement, suffit souvent pour remplir ces indications d'urgence; mais il ne faudrait pas craindre d'aller, par un *lavage direct*, dissiper les dernières mauvaises chances qu'un accouchement entraîne avec lui.

Ainsi, *occlusion* et *neutralisation*, tels sont les moyens dont l'art dispose pour arrêter à sa source même tout mal dérivant d'un traumatisme avec contamination. Mais il n'est pas moins curieux de rechercher comment, les choses étant abondonnées à elles-mêmes, la nature s'y prend pour s'opposer à l'invasion d'un principe morbide introduit de cette façon.

Le premier obstacle à la diffusion réside dans une *zone d'induration* promptement développée autour du corps irritant. C'est l'équivalent des adhérences séreuses dans les cavités viscérales, destinées à prévenir les épanchements. Cette atmosphère plastique, et plus ou moins impénétrable, est surtout remarquable dans le *furoncle*, dans l'*anthrax*, dans le *chancre induré*, etc. Nous la voyons se développer au plus haut degré avec nos *injections sous-cutanées irritantes de nitrate d'argent*, *de chlorure de zinc*, etc. ; et par elle nos petites opérations sont exemptes de tout danger de diffusion, encore bien qu'on s'en soit préoccupé sans raison.

Au delà, on voit s'opposer le *premier groupe de ganglions* correspondant à la région infectée. Le mal peut encore s'en tenir là. Il faut respecter, dans la pratique, ces barrières naturelles; et ne pas aller, par des débridements trop largement faits, comme au devant du mal qu'on redoute. Ces indurations ne sont, du reste, que des moyens provisoires de protection : la sauvegarde définitive repose sur la *suppuration éliminatrice*, sur la *gangrène*, ou sur l'*enkystement* du corps étranger, dont la présence n'éveille plus dès lors aucune révolte.

Parmi ces impressions morbides topiques, il faut distinguer certains *catarrhes spécifiques*, qui ne sont pas moins virulents que telle ou telle inoculation circonscrite, et qui ont une malheureuse tendance à se diffuser en surface. Citons par exemple : la

blennorrhagie vénérienne, l'*ophthalmie catarrhale contagieuse*, la *coqueluche*, etc., qui réclament instamment une prompte et directe neutralisation.

Une troisième catégorie comprend les *infections d'emblée;* telles sont: la *variole*, la *scarlatine*, la *rougeole*, etc. Ou bien si, comme dans la *rage*, on observe une voie d'introduction manifeste, on peut se demander combien il se passe de temps avant la généralisation du mal. C'est ici surtout qu'il faut lutter de vitesse, lorsque quelques minutes à perdre suffisent pour rendre le malheur irréparable. Dans quelques-unes de ces maladies, il existe une période d'*incubation*, dont la thérapeutique n'a pas encore su tirer parti, pour s'opposer à l'explosion des accidents attendus. La plupart de ces affections ont un caractère spécifique bien tranché, et leur évolution est en quelque sorte forcée. Cependant il y a lieu de distinguer entre les maladies vraiment *sui generis* et les affections franchement inflammatoires; entre la *fièvre typhoïde*, par exemple, et la *pneumonie franche, à frigore*. Tant que l'on se trouve encore dans ce qu'on peut appeler la phase étiologique de la maladie, on est en droit de procéder par avortement ou par jugulation. Mais la situation est bien précaire. Combien de soi-disant fièvres typhoïdes a-t-on fait *avorter* par un simple éméto-cathartique, alors qu'il s'agissait d'un typhus à tendances abortives, ou d'un embarras gastrique des plus ordinaires? Et comment peut-on prétendre avoir *jugulé* une pneumonie par les saignées coup sur coup, lorsqu'on sait que cette maladie dans sa forme la plus classique tend naturellement vers la guérison? Ce n'est le plus souvent qu'une question de quelques heures, gagnées au prix d'un lourd sacrifice. D'ailleurs, dès que le mal est confirmé, on quitte le terrain étiologique pour entrer dans la phase suivante de l'évolution morbide.

(*La suite au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Des avantages du procédé à un seul lambeau de Mirault (d'Angers) et de la suture collodionnée dans l'opération du bec-de-lièvre simple ;

Par M. Albert Demons,
professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux,
chirurgien de l'hôpital Saint-André.

Les modifications apportées à l'opération classique du bec-de-lièvre par Clémot (de Rochefort), Malgaigne, Nélaton, Mirault (d'Angers), etc., dans le but d'éviter une encoche persistante, ont été à bon droit adoptées dans leur principe par le plus grand nombre des chirurgiens modernes, mais on discute encore sur la valeur relative de chacune d'elles. Or, quoique les procédés ne paraissent pas différer notablement l'un de l'autre, il y a, cependant, un choix à faire dans la pratique, car de ce choix judicieux dépend la restitution plus ou moins convenable de la forme régulière de la lèvre, point de la plus haute importance, surtout quand l'opération est pratiquée sur une personne du sexe féminin. J'ai déjà employé tour à tour ces divers procédés, et je me suis arrêté définitivement à celui de Mirault, à un seul lambeau, en le fortifiant du précieux concours de la suture collodionnée.

Qu'il me soit permis, au moment où vient de mourir l'éminent chirurgien d'Angers, de payer à sa mémoire un juste tribut de regrets et d'admiration. Il a montré par son exemple, comme tant d'autres, que les hommes doués d'une intelligence supérieure n'ont pas besoin d'un vaste théâtre pour illustrer leur nom.

Si l'on met en œuvre les procédés à deux lambeaux de Clémot, Nélaton, etc., on obtient certainement un tubercule au lieu d'une encoche, mais ce tubercule est plus ou moins latéral au lieu d'être médian, à cause de la situation même de la fissure labiale. De plus, tout le monde sait qu'il est assez difficile de lui donner une saillie et une forme parfaitement satisfaisantes. Parfois il est exubérant et l'on se trouve tôt ou tard dans la nécessité d'en retrancher une partie ; parfois, par sa conicité, il constitue une petite difformité nouvelle. Enfin, il peut arriver que les extrémités

amincies des lambeaux adaptées l'une à l'autre, se sphacèlent ou s'ulcèrent; de là une plaie dont la cicatrice reste plus ou moins défectueuse. Ces inconvénients ne se montrent point si l'on utilise le procédé de Mirault. Malheureusement il a été de bonne heure critiqué avec quelque dédain par les auteurs du Compendium. L'arrêt de ces autorités chirurgicales a continué de peser sur lui. Depuis lors, aucune voix ferme ne s'est élevée en sa faveur. Quant à moi, je le considère comme le plus simple, le plus facile, le plus rapide. Pour ces motifs, il peut être, avec profit, employé chez les nouveau-nés qu'on refusait jusqu'ici de faire bénéficier de la méthode à lambeaux.

Je suppose un bec-de-lièvre unilatéral gauche.

D'un coup de bistouri ou de ciseaux, j'avive franchement le bord gauche de la fissure, en ayant soin d'en enlever complètement l'angle inférieur mousse et arrondi. Si je puis m'exprimer ainsi, je suis avec mon instrument tranchant la corde qui sous-tend l'arc décrit par le bord de la fissure. Néanmoins, si le bord de la fissure décrit une courbe très prononcée, si l'écartement est considérable, il est bien préférable de suivre autant que possible la direction du contour de la muqueuse, au moyen de deux sections, l'une oblique en haut et en dedans, l'autre verticale. Ici, il y a tout avantage, je crois, à se servir des ciseaux. Avec cet instrument, il est aisé de pratiquer rapidement l'avivement jusqu'à l'angle supérieur du bec-de-lièvre.

De l'autre côté, c'est-à-dire du côté droit, au lieu d'emporter l'angle mousse, je le conserve. Je conduis mon incision de haut en bas, mais je l'arrête à peu près au niveau du point où viendrait tomber une perpendiculaire abaissée du sommet de l'angle sur la corde que suit l'instrument. Pour ce second avivement le bistouri est préférable. En effet, il serait difficile avec les ciseaux d'agir convenablement de haut en bas, à cause de la saillie du nez (fig. 1). Je n'ai plus qu'à rabattre horizontalement le lambeau ainsi taillé et à juxtaposer les surfaces avivées. D'un coup de ciseaux je régularise, s'il en est besoin, l'extrémité de mon lambeau, j'obtiens ainsi un tubercule formé par l'angle mousse conservé du bord droit de la fissure. Ce tubercule est parfaitement arrondi ; il forme une ligne courbe très douce, exempte de brusquerie, et se trouve situé exactement sur la ligne médiane comme le tubercule normal qu'il est destiné à remplacer. Si le bec-de-lièvre siège à droite, j'agis de la même manière, c'est-à-dire que

je prends toujours mon lambeau sur le bord de la fissure le plus rapproché de la ligne médiane de la lèvre.

J'emploie la suture entortillée qui, grâce à l'adjonction de brins de charpie imbibés de collodion, n'est plus passible du principal reproche qu'on lui a depuis si longtemps adressé, celui d'ulcérer les tissus et de déterminer, par conséquent, des cicatrices plus ou moins difformes. J'ai soin de n'introduire les épingles ni trop superficiellement, pour être assuré de la coaptation parfaite de toute l'épaisseur des tissus avivés, ni trop profondément, afin de prévenir une saillie en avant trop prononcée de la ligne de réunion ; je commence naturellement par le point inférieur destiné à fixer le lambeau dans une situation convenable (fig. 2).

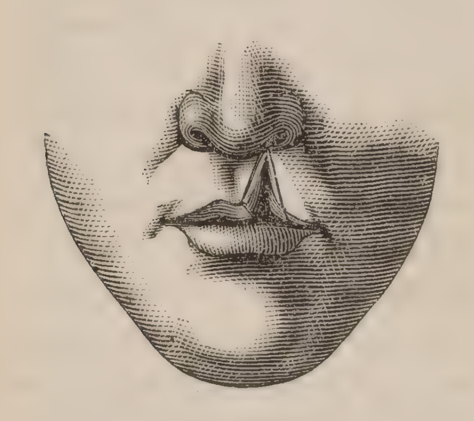


Fig. 1.

Direction des incisions.

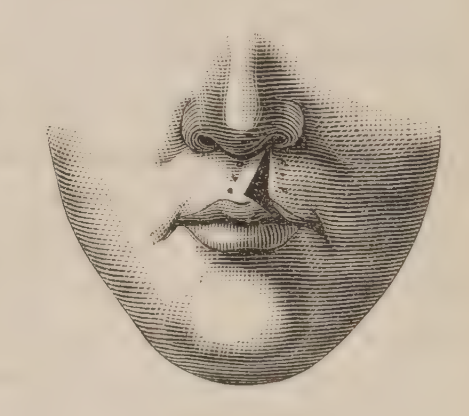


Fig. 2.

Lambeau interne rabattu ; points d'entrée et de sortie des épingles.

La suture étant achevée, je fais rapprocher fortement par les mains d'un aide les joues de l'enfant l'une de l'autre, puis j'applique transversalement sur toute la hauteur de la lèvre des brins de charpie rendus aussi parallèles que possible au moyen d'un peigne fin. Les brins de charpie doivent recouvrir et même dépasser les joues. La charpie ordinaire est trop courte pour remplir cet office ; je me sers de charpie à mèche que je coupe à la longueur voulue. Sur ces brins de charpie maintenus bien parallèles au niveau de la suture, disposés, au contraire, en éventail à leurs extrémités, je passe un pinceau imbibé de collodion riciné. J'ai soin de n'appliquer qu'une couche légère de collodion sur la ligne de réunion, car une couche trop épaisse a l'inconvénient, lorsque le collodion s'est desséché et rétracté, de comprimer for-

tement les fils et de les enfoncer dans les tissus, où ils peuvent produire un peu d'inflammation et quelquefois de petites ulcérations. Ce désagrément est d'autant plus rare qu'on se sert de fils plus ténus et qu'on abuse moins des enroulements autour des épingles. Il faut aussi éviter de multiplier à l'excès les brins de charpie et d'en former plusieurs couches superposées. Une autre précaution d'une importance capitale consiste à dégager les têtes des épingles des brins de charpie qui les recouvrent plus ou moins, avant la dessiccation complète du collodion ; si on la négligeait, la recherche des têtes des épingles, leur séparation et, finalement, leur extraction, offriraient de réelles difficultés qui ne seraient pas sans dommage pour la cicatrice. Il n'est pas jus-

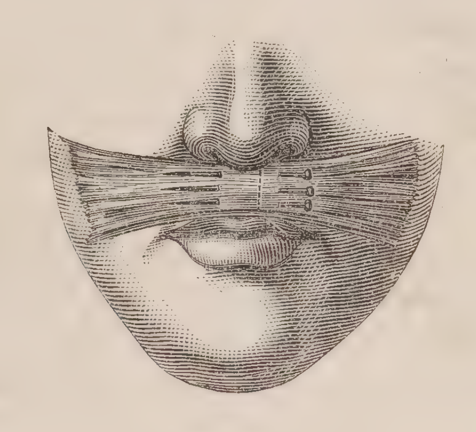


Fig. 3.

Lambeau appliqué. Suture entortillée recouverte de brins de charpie collodionnée.

qu'à cette extraction qui n'exige, elle aussi, une petite manœuvre spéciale. Chaque épingle se trouve englobée dans la couche de collodion concrété. Une simple traction directe aurait beaucoup de peine à détruire ces adhérences et nécessiterait des efforts nuisibles. Il importe, afin d'éviter toute brusquerie, d'imprimer préalablement à l'épingle un mouvement de rotation sur elle-même à l'aide de la pince qui l'a saisie. Je n'ai pas besoin de dire que, pendant toute la durée de l'extraction des épingles, les joues du sujet doivent être maintenues rapprochées par les mains d'un aide (fig. 3).

Certes, l'emploi du collodion comme moyen de soutien des sutures n'a absolument aucun caractère de nouveauté. Il faudrait remonter bien haut pour en retrouver la première application et

un certain nombre de chirurgiens s'en servent journellement. Mais une chose moins connue, c'est la possibilité, grâce au collodion, d'enlever les épingles de la suture entortillée quelques heures ou même quelques minutes après l'opération. En agissant ainsi, on n'a plus à redouter les fâcheuses conséquences du séjour prolongé des épingles dans les tissus, conséquences contre lesquelles les auteurs se sont si souvent élevés, que plusieurs ont formellement proscrit la suture entortillée. Depuis que j'ai fait connaître, il y a déjà sept ans (*Bordeaux médical,* 1872, p. 129), la pratique de M. le professeur Denucé, à qui je suis heureux d'attribuer tout le mérite de ce mode de pansement, nous avons fait au moins une centaine d'opérations de toute espèce en utilisant la suture entortillée soutenue par les brins de charpie collodionnés, et je puis affirmer que, dans l'immense majorité des cas, nous avons obtenu une réunion immédiate admirablement réussie. Bien entendu, les autres conditions du succès ne doivent pas être négligées, et si, par exemple, la plaie doit suppurer profondément, comme dans les amputations, il est indispensable de préparer à cette suppuration une voie d'écoulement facile. Ainsi donc, après les amputations du sein ou des membres, aussitôt après l'application d'une suture soigneusement faite et la dessiccation du collodion, les épingles sont enlevées. Cette manière de procéder permet, on le comprend, de se servir d'épingles en acier, qui pénètrent les tissus bien plus aisément que les épingles ordinaires, et qui n'ont plus le temps de se rouiller. Elle permet encore de recouvrir, sans plus tarder, la plaie opératoire d'un pansement ouaté ou de tout autre pansement.

Mais, je me hâte de revenir au sujet restreint qui m'occupe aujourd'hui. Je l'avoue franchement, la suture collodionnée offre des difficultés plus grandes dans la cheiloraphie que partout ailleurs. Tant de causes luttent incessamment contre la réunion immédiate chez un enfant opéré du bec-de-lièvre, qu'il serait imprudent, je crois, d'enlever les épingles immédiatement. Mais cette extraction peut être faite sûrement au bout de quarante-huit heures. Les épingles n'ont pas encore ulcéré les tissus, et l'on évite le regret de voir plus tard, de chaque côté de la ligne de réunion, cette rangée de cicatrices punctiformes si désagréables à l'œil.

Pour obtenir un résultat parfait, il importe encore d'empêcher les mucosités qui s'écoulent des fosses nasales ou les boissons de

venir se glisser et séjourner entre la plaie et les brins de charpie qui la recouvrent. Il faut une attention soutenue et des soins méticuleux de la part de la nourrice ou des personnes qui entourent l'enfant opéré. Les liquides doivent être abstergés avec précaution, et le chirurgien est obligé de ne point reculer devant toutes les recommandations nécessaires.

Certains lecteurs de cet article trouveront peut-être que voilà un bien grand luxe de précautions pour une opération réputée si simple. Cependant, cet avis, j'imagine, ne sera pas partagé par ceux qui regardent les choses de près, par ceux qui ont vu un grand nombre d'opérés, par ceux qui ont mis souvent les mains à l'œuvre, par ceux enfin qui, dans le traitement des difformités apparentes, ne se contentent pas d'à peu près, mais sont animés du légitime désir de s'approcher le plus possible de la perfection. Il ne suffit plus de réunir les deux lèvres d'un bec-de-lièvre simple; ceci est, en vérité, très facile. Il faut encore restituer à l'ouverture buccale la forme régulière dont elle est dépourvue, sans cicatrice apparente. Pour atteindre ce but, rien ne doit être négligé.

Voici l'observation des deux derniers enfants opérés par moi en procédant comme il a été dit plus haut :

Obs. I. — Clémentine Richert, née à Bordeaux, âgée de cinq ans. Au mois de mai 1878, cette petite fille, se trouvant à Carthagène (Espagne), s'enfonça un noyau de cerise dans la fosse nasale droite. Un médecin de la Péninsule essaya, sans succès, l'extraction de ce corps étranger. A Bordeaux, plusieurs tentatives furent également faites, par différents médecins, infructueusement.

La petite fille m'est amenée à l'hôpital Saint-André le 8 novembre. Elle présente un bec-de-lièvre congénital gauche siégeant à la réunion du tiers externe avec les deux tiers internes de la lèvre supérieure. Les bords n'en peuvent être que difficilement rapprochés à cause de l'adhérence du bord interne avec la gencive. Un écoulement abondant de mucosités jaunâtres se fait par la narine droite. L'exploration avec un stylet permet de reconnaître la présence d'un corps étranger assez mobile, siégeant à la partie supérieure et postérieure de la fosse nasale droite. L'enfant, très vigoureuse, fatiguée par de nombreux examens antérieurs et des tentatives d'extraction répétées, se débat énergiquement, agite violemment la tête et les bras et pousse des cris affreux. En présence de cet orage, cause probable de l'échec subi par mes confrères, je déclare à la famille qu'il est nécessaire de chloroformer la petite fille; qu'à l'aide de l'anesthésie, en effet, nous pourrons

très aisément et sans douleur enlever le noyau de cerise, et qu'enfin nous profiterons de cet heureux sommeil pour opérer le bec-de-lièvre. Ma proposition est acceptée.

Quand l'insensibilité produite par les inhalations de chloroforme est bien complète, j'introduis dans la fosse nasale une curette de Leroy (d'Étiolles). Après quelques tâtonnements, je réussis à dépasser le corps étranger, et je ramène au dehors.... un morceau de liège. Les parents avaient été induits en erreur par l'enfant, et m'avaient parlé avec tant d'assurance, de leur côté, que j'avais été moi-même trompé.

Si j'avais su d'avance qu'il s'agissait d'un morceau de liège et non d'un noyau de cerise, au lieu de me servir de l'instrument de Leroy (d'Étiolles), qu'il est toujours plus ou moins difficile de faire glisser à côté d'un corps étranger obturant la fosse nasale, j'aurais évidemment employé une petite pince à griffes. L'opération eût été, de cette manière, très simplifiée et beaucoup plus rapide; j'avais rejeté ce dernier instrument parce que je craignais de le voir glisser sur la surface polie du noyau.

Ceci fait, je passe immédiatement à l'opération du bec-de-lièvre; je la pratique comme il a été indiqué tout à l'heure, après avoir libéré la lèvre en sectionnant d'un coup de ciseau la bride muqueuse qui la reliait trop étroitement à la gencive; je passe trois épingles dont la première fixe solidement le lambeau emprunté à la lèvre droite de la fissure, et je recouvre la suture entortillée de brins de charpie transversaux sur lesquels j'applique une couche de collodion.

Le surlendemain je retire les épingles. Mais les mucosités, issues de la narine droite, devenues très abondantes et très épaisses à la suite de l'extraction du corps étranger, ont imbibé les brins de charpie et se sont glissées au-dessous d'eux; je suis obligé d'en remplacer un certain nombre. Ces mucosités me causent quelque ennui, au point que je regrette d'avoir pratiqué les deux opérations le même jour. Cependant, j'enlève l'appareil le huitième jour. La réunion est complète et la cicatrice paraît solide. Elle est légèrement ulcérée à la partie supérieure par le contact des mucosités que les parents n'ont pas pris soin de bien absterger. L'opérée, rentrée dans sa famille, était soustraite à ma surveillance.

Le 4 février, je revois l'enfant, elle engraisse et devient superbe. La forme de la lèvre est parfaitement restaurée. Le lobule artificiel est médian. Je ne vois pas la plus petite encoche. La cicatrice est très peu apparente. Tout à fait en haut, elle présente seulement une légère saillie. Le passage des épingles n'a pas laissé la moindre trace.

Obs. II. — Marguerite Peygorrier, née à Bordeaux le 12 septembre 1878, m'est apportée à la Maison de santé protestante quelques jours après sa naissance. Elle présente un bec-de-lièvre simple latéral gauche.

Je pratique l'opération, le 28 septembre, en suivant le procédé que j'ai décrit, et en prenant toutes les précautions nécessaires pour éviter chez cet enfant si jeune une perte de sang considérable et empêcher le sang qui s'écoule de tomber dans le fond de la bouche. Je passe trois fines épingles que j'enlève le surlendemain. Les brins de charpie collodionnés sont laissés en place pendant huit jours. L'allaitement maternel n'est pas cessé un seul instant; selon mes recommandations, les parents, fort intelligents et très soigneux, du reste, font tous leurs efforts pour prévenir les cris de l'enfant. Il est facile de constater que, pendant ces cris, il ne se produit pas le plus petit tiraillement sur la ligne de réunion, grâce au rapprochement énergique des joues, opéré par la charpie collodionnée.

Depuis lors, j'ai revu l'enfant à plusieurs reprises. Elle a eu une forte bronchite nécessitant l'administration du sirop d'ipéca. La cicatrice n'a pas bronché. Cette cicatrice est à peine visible. Il n'y a pas la moindre encoche. Le tubercule artificiel est médian. Pas trace du passage des épingles.

J'ai fait une petite remarque. Par suite du rapprochement des deux côtés du triangle formé par la fissure de la lèvre, il se produit au sommet un petit froncement des tissus, qui peut persister indéfiniment. Le mécanisme de ce froncement se comprend aisément sans qu'il soit besoin de l'expliquer. Il en résulte en ce point une très légère et presque inappréciable difformité. Mais, afin de l'éviter et de rendre le résultat de l'opération aussi beau que possible, il conviendrait, je pense, en pratiquant l'avivement, de prolonger en haut l'incision de quelques millimètres d'un coup de bistouri ou de ciseaux. Les téguments pourraient ainsi s'étaler convenablement et la partie supérieure de la cicatrice deviendrait beaucoup plus régulière. Je suis les mêmes errements quand j'enlève un cancroïde de la lèvre par une section en V. Plus les branches du V sont longues, et plus est satisfaisante la forme de la cicatrice ultérieure.

Le procédé qui fait l'objet de ce petit travail ne constitue point à proprement parler une innovation et encore moins une découverte. Je n'ai pas la prétention d'avoir imaginé le premier d'appliquer le collodion à l'opération du bec-de-lièvre, ni d'avoir inventé la méthode à un seul lambeau pour éviter l'encoche. J'ai tâché simplement de tirer le meilleur parti possible de ces perfectionnements, de les perfectionner encore moi-même, si je puis ainsi parler, de les simplifier, de les combiner, de manière à obtenir des résultats satisfaisants pour le malade et pour le chirurgien. En agissant comme moi, on peut remplir à la fois tous les désidérata et échapper aux objections diverses articulées contre l'un ou l'autre des procédés connus. Ainsi, par exemple :

1° On se met sûrement à l'abri de l'encoche au moyen du lambeau unique. Pourvu d'une large base, ce lambeau n'est point susceptible de se sphacéler, malgré la crainte exprimée par les auteurs du Compendium ;

2° On crée un tubercule *médian* semblable au tubercule normal, en prenant le lambeau sur le bord interne de la fissure labiale. A ce point de vue, comme aussi au point de vue de la simplicité de l'opération et de la régularité de la forme, ce procédé est bien supérieur aux procédés à deux lambeaux, même à celui de Giraldès, dit *à mortaises*, qui semble s'en rapprocher le plus, mais qui, outre une complication le plus souvent inutile, se sert pour reconstituer le bord de la lèvre d'un lambeau pris sur le bord externe de la fissure;

3° On utilise la suture entortillée, si facile dans son exécution et si solide. Grâce au collodion, les inconvénients reprochés à cette suture sont écartés et les avantages seuls subsistent ainsi :

A. On peut employer des épingles en acier qui pénètrent aisément et franchement les tissus sans être exposées à se tordre;

B. On évite l'ulcération des tissus et la formation de petites cicatrices persistantes ;

4° On s'oppose efficacement, pendant tout le temps nécessaire, aux tiraillements exercés sur la ligne de réunion. Il est possible, de cette manière, de maintenir étroitement rapprochées les lèvres d'une fissure dont les bords sont fortement écartés. De là découle la suppression de tous ces appareils de soutien compliqués, encombrants ou inefficaces, imaginés par divers chirurgiens, et dont la description envahit les ouvrages les plus récents. J'ai su, par cette suture collodionnée, réussir deux fois à réunir les bords les plus éloignés d'un bec-de-livre bilatéral, après avoir réséqué le tubercule médian. Mais j'ai seulement en vue aujourd'hui le traitement du bec-de-lièvre simple.

Je termine en affirmant que, malgré les longs détails précédemment exposés, l'opération ainsi conduite est des plus simples et des plus rapides dans son exécution.

MATIÈRE MÉDICALE

Sur les alcalis du grenadier ;

Par M. Ch. Tanret.

1° En poursuivant mes recherches sur l'écorce de grenadier, j'ai reconnu que la pelletiérine s'y trouve accompagnée de trois autres alcalis volatils. C'est l'étude de l'un d'eux, avec la méthode qui permet d'isoler les quatre alcalis du grenadier, que je demande à l'Académie la permission de lui exposer aujourd'hui.

2° Si après l'avoir mélangée à un lait de chaux on traite par l'eau la poudre d'écorce de grenadier, puis qu'on agite les liqueurs avec du chloroforme et ce dernier avec un acide étendu employé en quantité strictement suffisante, on obtient une solution qui, selon la provenance de l'écorce, est soit lévogyre, soit dextrogyre, soit même inactive, ce qui indique qu'on a affaire à un mélange d'alcaloïdes à pouvoir rotatoire différent et en proportions variées. Pour les séparer, on agite leur solution saline avec un excès de bicarbonate de soude et l'on sature d'acide carbonique (1). On agite alors avec du chloroforme, puis celui-ci est à son tour agité avec de l'acide sulfurique étendu. Or, cette dernière liqueur est dextrogyre ; elle contient, à l'état de sulfates, un alcali liquide dextrogyre et un alcali solide inactif. En répétant le même traitement sur la liqueur primitive, mais en employant cette fois la soude caustique, on obtient une solution lévogyre. Celle-ci est mise à évaporer sur l'acide sulfurique ; puis, quand le résidu est à peu près sec, on l'abandonne à l'air, étalé sur des doubles de papier brouillard. Comme cette masse cristalline est très hygrométrique, le papier est bientôt pénétré du sulfate incristallisable et déliquescent d'un alcaloïde liquide inactif, tandis que les cristaux blancs qui restent constituent le sulfate d'un alcaloïde liquide lévogyre. Ce sulfate possède un pouvoir rotatoire de $[\alpha j] = -30$ degrés.

Ainsi, il y a dans le grenadier deux alcaloïdes qui sont dé-

(1) On évite ainsi la formation de carbonate de soude qui se produirait par la décomposition partielle du bicarbonate, décomposition que les recherches de M. Berthelot sur l'état des sels à acides faibles en solution aqueuse ont fait connaître.

placés de leurs sels par le bicarbonate de soude et deux qui ne le sont pas. Des deux premiers, l'un est liquide et dextrogyre, l'autre cristallisé et inactif; des deux derniers, qui sont liquides, l'un est inactif, l'autre lévogyre.

Le lévogyre domine dans les tiges, le dextrogyre dans les racines.

3° *Préparation de l'alcali cristallisé.* — On traite l'écorce de grenadier comme il a été dit plus haut, puis on décompose par un alcali la solution dextrogyre et l'on agite avec du chloroforme. Celui-ci, par évaporation, abandonne l'alcali cristallisé souillé de l'alcali liquide qui l'accompagnait. On n'a plus qu'à le purifier par expression et plusieurs cristallisations dans le chloroforme ou l'éther. On en retire par kilogramme d'écorces sèches de 30 à 60 centigrammes.

4° *Composition.* — Obtenus par évaporation de leur solution aqueuse, les cristaux de ce corps contiennent 4 équivalents d'eau, qu'ils perdent en s'effleurissant dans un air sec. Leur composition est représentée par la formule $C^{18}H^{15}AzO^2,4HO$.

En prenant les précautions nécessitées par la légère volatilité de l'alcali, j'ai trouvé, pour la perte de poids des cristaux sur l'acide sulfurique, 19,20 pour 100. Le calcul indique 19,047. Les analyses de l'alcali ont conduit aux résultats suivants (1) :

	Trouvé.	Calculé pour $C^{18}H^{15}AzO^2$.
C	70,39	70,52
H	9,63	9,80
Az	9,19	9,15
O	10,78	10,53
	100,00	100,00

Le chloroplatinate a été analysé après avoir été desséché à 110 degrés. La formule $C^{18}H^{15}AzO^2,HCl,Cl^2Pt$ exige 27,437 pour 100 de platine : on a trouvé 27,57 et 27,49.

5° *Propriétés physiques.* — Les cristaux de l'alcali hydraté sont des prismes droits qui atteignent jusqu'à 2 centimètres de longueur. Quand on le chauffe, il perd son eau de cristallisation et fond à 46 degrés; il peut ensuite être amené à 37 degrés sans se solidifier. Il bout à 246 degrés. Il est déjà odorant et légèrement volatil à froid.

(1) Elles ont été faites dans le laboratoire de M. Berthelot, au Collège de France, avec l'obligeant concours de M. Villiers.

Il est très soluble dans l'alcool, le chloroforme, l'eau (2,5 parties à 10 degrés), l'éther (9 parties à 10 degrés). Le chloroforme l'enlève presque entièrement à sa solution aqueuse; mais avec l'éther, il s'établit un partage tel, que, pour poids égaux de ces deux dissolvants, l'eau contient 0,9 d'alcali et l'éther 0,1. Il est sans action sur la lumière polarisée.

6° *Propriétés chimiques et sels.* — La réaction de cet alcaloïde est fortement alcaline. C'est une base énergique qui déplace même l'ammoniaque de ses sels. Elle ne précipite pas les sels de magnésie, mais elle précipite l'alumine (du sulfate), la baryte et la chaux. Un excès d'alcali ne redissout pas les précipités, pas plus que ceux qu'elle forme dans les solutions des métaux proprement dits.

Il donne toutes les réactions des alcaloïdes, et, comme la pelletiérine, avec l'acide sulfurique et le bichromate de potasse, il produit une coloration verte très intense.

Les sels de cet alcali sont cristallisés. Le chlorhydrate cristallise en rhomboèdres; il est anhydre et a pour formule

$$C^{18}H^{15}AzO^{2},HCl;$$

il se dissout dans son poids d'eau à 10 degrés. Le sulfate a pour formule $C^{18}H^{15}AzO^{2},HO,SO^{3},4HO$; à l'étuve ou sur l'acide sulfurique, il perd 4HO; il est soluble dans moins de deux fois son poids d'eau à 10 degrés. Le chloroplatinate cristallise en fines aiguilles d'un jaune rougeâtre; il a pour formule

$$C^{18}H^{15}AzO^{2},HCl,Cl^{2}Pt.$$

Quant au nom à donner à cet alcali, je crois devoir le réserver jusqu'à ce que j'aie terminé l'étude de ceux qui l'accompagnent dans le grenadier.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des accidents qui peuvent survenir chez les morphiomanes; morphinisme et traumatisme (1);

Par M. le docteur L.-Henri PETIT,
sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

Dans sa thèse inaugurale, le docteur Duburquois signale le peu de fièvre traumatique que l'on observe chez les Chinois après les lésions les plus graves, et le peu de résistance, chez les fumeurs d'opium, aux inhalations de chloroforme. Le sommeil anesthésique est presque instantané (2). A ce même propos, le docteur Somerville s'exprime ainsi : « Je puis dire que, d'après mon expérience, les Chinois font d'excellents sujets de chirurgie ; ils supportent bien les opérations et guérissent rapidement. » L'auteur a obtenu ces bons résultats aussi bien avec les anciennes méthodes de traitement qu'avec celle de Lister, pour laquelle il professe d'ailleurs la plus grande estime (3).

Comme opinion contraire, nous trouvons celle du docteur Fayrer, qui, dans son livre sur la chirurgie dans l'Inde, dit que, chez les Asiatiques, l'ostéite et l'ostéomyélite surviennent fréquemment après les amputations et d'autres opérations sur les os, et que souvent aussi la pyohémie est la terminaison de ces complications. Et il préconise, comme le seul traitement rationnel et efficace, la désarticulation du membre au-dessus du siège de l'affection (4).

---

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

(2) Duburquois, *Notes sur les maladies des Européens en Chine et au Japon* (thèse de Paris, 1872, p. 49).

(3) Somerville, *Customs Medical Reports*, 1873, n° 5 de la série, p. 29. Cette publication, faite sous la direction de M. Robert Hart, inspecteur général des postes maritimes anglais en Chine, est remplie de documents précieux recueillis par les médecins de la marine anglaise, sur les maladies des Européens en Chine, et surtout sur l'hygiène et les maladies des indigènes. Nous en devons la communication à l'extrême obligeance de M. Dujardin-Beaumetz, à qui M. Hart a bien voulu envoyer la collection des fascicules parus.

(4) Fayrer, *Clinical Surgery in India*, Londres, 1866; voir également : *Notes sur les opérations chez les indigènes de l'Inde;* dans James Paget, *Leçons de clinique chirurgicale*, trad. française, p. 61.

Voici maintenant quelques observations d'opérations chez des fumeurs d'opium.

Obs. VI. — Taille pour corps étranger introduit dans la vessie; guérison sans autres détails (John Dudgeon, *Customs Med. Rep.*, 1873, n° 6 de la série, p. 12).

Obs. VII.—Amputation du pénis pour cancer ; guérison en un mois, avec oblitération consécutive de l'urèthre (Dudgeon, *eod. loc.*, 1874-75, n° 9, p. 42).

Obs. VIII. — Fistules urinaires multiples consécutives à un rétrécissement de l'urèthre chez un fumeur d'opium de trente-neuf ans. Avant d'opérer, le chirurgien s'enquiert des habitudes du patient, qui prétend ne pas fumer d'opium. Uréthrotomie rectale (opération de Jordan); sonde à demeure. Deux jours après, violente diarrhée qu'on ne put arrêter qu'au bout de deux jours. Le malade confessa alors son vice. Il guérit d'ailleurs sans autre accident (Jamieson, *Customs Med. Rep.*, 1877, n° 14, p. 47).

Ce fait paraît démontrer que M. Jamieson accorde une certaine importance à l'intoxication chronique par l'opium sur les opérés, puisqu'il a pris soin d'interroger le malade à ce point de vue. Il démontre encore que si l'état général du sujet n'a eu aucun retentissement sur la plaie opératoire, il n'en a pas été de même de celle-ci à l'égard de l'opéré, qui a été pris d'une diarrhée violente deux jours après. Et enfin, comme c'est grâce à cet incident que le chirurgien a été mis sur la voie des habitudes du patient, il est probable que M. Jamieson avait déjà observé d'autres faits analogues, et qu'il considère les fumeurs d'opium comme susceptibles de présenter des accidents à la suite des opérations.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

Sur l'opération du phimosis.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

C'est à propos de l'opération du phimosis que je me permets de vous adresser cette note.

En pratiquant l'opération du phimosis par l'incision du pré-

puce sur la face dorsale, qu'on emploie l'instrument tranchant ou la ligature élastique, il reste toujours deux lambeaux que le temps ne fait pas disparaître, lorsque la section intéresse le prépuce de son limbe à la base. Je sais qu'on peut supprimer plus ou moins de ces lambeaux en les réséquant avec des ciseaux, ou mieux sur une pince, comme le fait M. Horteloup ; mais c'est compliquer grandement une opération qui est et reste bien simple, si on a recours au procédé que j'attribue à Isnard (de Metz), et que je vais décrire le plus brièvement possible.

Un bistouri droit à lance étroite et une paire de ciseaux, voilà pour l'appareil instrumental.

L'instrument, dont la pointe est dissimulée dans une petite boulette de cire, est engagé à plat, sur la face dorsale, entre le prépuce et le gland, non pas jusqu'à la rainure, mais seulement jusqu'au milieu du gland ; on retracte le prépuce jusqu'à ce que son ouverture touche le gland, sans le presser, on redresse le bistouri et on incise de dedans au dehors.

On continue à rétracter la peau comme pour découvrir le gland ; la partie cutanée glissant très facilement sur la partie muqueuse, l'angle de l'incision de la peau arrive très facilement à la base du gland, tandis que la partie muqueuse, moins large, reste sur le gland. C'est le moment d'engager une lame des ciseaux entre le gland et la muqueuse et de fendre celle-ci, d'un seul coup, jusqu'à la rainure.

Le gland est aussitôt découvert. On termine en faisant de chaque côté, à la base de la muqueuse, avec les ciseaux, et obliquement, une petite incision de 1 millimètre à 1 millimètre et demi ; de ces incisions résultent deux petits lambeaux que l'on résèque d'un seul coup.

Les surfaces cruentes de la peau et de la muqueuse s'affrontent pour ainsi dire d'elles-mêmes ; la cicatrisation se fait rapidement ; les cicatrices sont minces : les lambeaux disgracieux que laissent les autres procédés sont très petits et le résultat final, examiné trois mois après, est on ne peut plus satisfaisant.

Pour pansement, maintenir le gland découvert, *c'est essentiel*, et entourer le pénis avec une bande humectée d'eau fraîche.

Le procédé est simple et rapide ; il est moins douloureux que les autres ; il n'exige ni aide ni anesthésie ; les résultats sont supérieurs à ceux obtenus par les autres procédés.

Si vous croyez bon de faire profiter vos nombreux lecteurs d'un procédé, peu connu ou trop oublié, liberté.

Je vous prie de vouloir bien agréer, monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes meilleurs sentiments.

Dr Driard.

Moret-sur-Loing, 7 février 1879.

BIBLIOGRAPHIE

Des dyspepsies. — Thèse d'agrégation en médecine, par le docteur F. RAYMOND. Paris, Doin, 1878.

Une des questions les plus obscures, les plus embrouillées, pourrions-nous dire, de la pathologie, est certainement celle que le sort a départie à M. Raymond. En effet, comme le disait le savant professeur Gubler : « sous ce nom il faut entendre toute difficulté de digérer, quelle qu'en soit la cause, le trouble de la digestion ayant d'ailleurs une assez longue durée et ne dépendant pas d'une maladie de l'estomac caractérisée nosologiquement. » Or, la dyspepsie ainsi comprise est déterminée par tant de causes, se présente sous tant de formes, devient elle-même cause de tant d'affections secondaires, qu'il est à peine une subdivision du cadre pathologique qui ne s'y rattache. La seule manière d'apporter quelque lumière dans ce chaos était de faire appel à toutes les données nouvelles de la physiologie de l'estomac et de l'intestin, d'étudier les troubles de leurs fonctions, afin de pouvoir grouper ensemble les diverses formes de la dyspepsie. Cette étude, à laquelle M. Raymond a consacré quarante des bonnes pages de son travail, est la base solide des chapitres qui suivent, et pourra servir de modèle aux analyses cliniques de ce genre.

Le second chapitre est consacré à la pathogénie des symptômes en particulier, puis des symptômes que forme la réunion de certains d'entre eux, et aux lésions de l'estomac. Le troisième, à l'étiologie des dyspepsies. Le quatrième, aux symptômes. Le cinquième, au diagnostic et au pronostic, et le sixième au traitement.

Puis vient l'indication bibliographique de travaux relatifs aux dyspepsies, et que l'auteur n'a pas eu l'occasion de citer dans le cours de son travail.

La méthode que M. Raymond avait apportée dans l'étude de la physiologie du tube digestif lui a permis de mettre un peu d'ordre dans ces différents chapitres. Pour n'en citer qu'un exemple, il divise les symptômes des dyspepsies en trois catégories principales : 1° *symptômes des dyspepsies vraies*, subdivisés eux-mêmes en trois sous-classes : étude clinique générale de la dyspepsie ; description des variétés cliniques de la dyspepsie ; des dyspepsies vraies suivant les âges ; 2° *symptômes des dyspepsies par déterminations morbides locales*, auxquelles se rattachent les dyspepsies par lésions des organes abdominaux, des organes thoraciques et des centres nerveux ; 3° enfin, *symptômes des dyspepsies liées à des affections générales de l'économie* qui nous montrent le cachet imprimé à la dyspepsie par les fièvres et phlegmasies, les affections nerveuses, les dyscrasies sanguines, les états constitutionnels et les diathèses.

Tous les jeunes médecins qui, au début de leur carrière, ont voulu se rendre compte, par leurs lectures, du diagnostic et du traitement de la dyspepsie ont dû être souvent arrêtés dans cette étude par son aridité même. Peut-être, au point de vue du charme de la lecture, le livre de M. Raymond laisse-t-il à désirer ; mais il faudra s'en prendre au sujet lui-même, car on est intéressé par la manière dont il est exposé, et l'on sait ensuite ce que c'est que la dyspepsie.

H. P.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 21 et 28 avril 1879 ; présidence de M. Daubrée.

Mode de formation des canalicules biliaires dans l'hépatite et production consécutive de glandes tubulées dans le foie du lapin. — Note de MM. W. Nicati et A. Richaud.

« Il est très fréquent de trouver (tout au moins à Marseille, où nous observons) sur les lapins domestiques des altérations du foie que nous nous sommes attachés à étudier.

« Le diagnostic histologique de l'affection est celui d'une cirrhose hypertrophique disséminée, laquelle coïncide, soit avec la présence de cysticerques disséminés, soit le plus souvent avec la présence des corps oviformes de Davaine dans les principaux conduits biliaires. Le terme final de l'altération que subit le lobule sous l'influence de la rétention biliaire est donc, lorsque son parenchyme n'est pas entièrement détruit, la formation, aux dépens des cellules hépatiques, d'une glande nouvelle, véritable glande tubulée, analogue aux glandes hépatiques des animaux inférieurs.

« Les auteurs ajoutent que dans le tissu conjonctif de nouvelle formation apparaissent de nombreux vaisseaux, qui servent sans doute à rétablir la circulation porte un moment interrompue. Ainsi s'expliquerait ce fait que, dans la cirrhose hypertrophique, on observe rarement l'ascite. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 22 et 29 avril 1879; présidence de M. Richet.

De la pleurésie multiloculaire. — M. Jaccoud. « Savoir si une pleurésie est uniloculaire, biloculaire ou multiloculaire, c'est l'affaire de la nécroscopie. » Telle était la proposition formulée en 1854 par le professeur Wintrich et généralement admise encore aujourd'hui. D'après les faits qu'il a observés depuis 1870, M. Jaccoud pense que ce diagnostic est possible et qu'il peut devenir un guide utile pour la ponction. La conservation des vibrations thoraciques, remplissant certaines conditions définies et coïncidant avec un ensemble déterminé de signes physiques, voilà pour M. Jaccoud le moyen de diagnostic.

Quels sont ces conditions et ces signes qui spécialisent le fait générique de la conservation des vibrations locales ? C'est là l'objet de ces recherches.

D'après les observations de M. Jaccoud, il y aurait lieu d'admettre deux types sémiologiques parfaitement distincts.

Premier type.— Sur un côté du thorax présentant au complet l'ensemble des signes ordinaires d'un épanchement total, les vibrations vocales sont conservées suivant une bandelette qui s'étend, à une hauteur variable de la poitrine, de la colonne vertébrale vers le sternum, par un trajet plus ou moins régulièrement demi-circulaire ; dans tous les autres points les vibrations sont abolies.

Dans les conditions désignées, l'existence de cette zone vibrante, qui se détache par sa vibration même sur tout le reste de la paroi devenue muette, ne peut indiquer autre chose qu'une bandelette d'adhérence costo-pulmonaire, tendue par l'épanchement qu'elle divise en deux loges.

Quant aux coïncidences, voici ce qu'elles ont été : translation droite et abaissement du cœur ; matité absolue et totale ; pas de tympanisme sous-claviculaire ; au niveau de la zone vibrante, respiration et voix bronchiques; partout ailleurs, silence respiratoire et vocal, sauf sous la clavicule, où l'on perçoit un bruit respiratoire éloigné, avec bourdonnement confus de la voix.

Deuxième type. — Ici les vibrations sont conservées plus ou moins affaiblies dans toute l'étendue de la matité, sauf parfois dans une zone d'un à deux travers de doigt à la partie inférieure du thorax en arrière. Dans quatre cas de ce type observés, les coïncidences, d'une remarquable uniformité, ont été : matité absolue, sans élasticité; matité de pierre dans toute la région sus-diaphragmatique ; pas de tympanisme sous-claviculaire; dans cette étendue, souffle bronchique éclatant et bronchophonie forte ; déplacement des organes voisins. Par le degré et l'étendue de la matité, par la généralisation du souffle et de la bronchophonie, ce type de pleurésie se distingue des épanchements séreux homogènes peu abondants, à vibrations conservées. Par la conservation du frémitus vocal, il ne s'éloigne pas moins des épanchements complets uniloculaires à matité absolue et à souffle bronchique généralisé. En fait, ce complexus symptomatique a été lié, dans les observations de la deuxième série rapportées par M. Jaccoud, à la présence d'une pleurésie aiguë multiloculaire.

Telle a été, dans ces observations, la précision de ces signes, que M. Jaccoud se croit autorisé à généraliser l'enseignement qui en ressort, et à dire que toute pleurésie aiguë qui présente d'une manière persistante l'ensemble de ces signes est une pleurésie multiloculaire à cloisonnement secondaire plus ou moins multiplié.

Lorsque, à l'aide de ces signes, on a reconnu l'existence d'une pleurésie à cloisonnement multiple, peut-on aller plus loin dans le diagnostic et discerner la situation des cloisons fondamentales, de manière que cette notion dirige la thoracentèse? M. Jaccoud l'a pu dans deux cas où il a eu recours à la ponction, et cela parce que, sur le fond uniformément vibrant du côté malade, il trouvait une ou deux zones où les vibrations étaient manifestement plus fortes que dans les autres points; ces zones à vibrations maxima ont été son guide pour la thoracentèse. Mais, si le discernement des loges fondamentales dans une pleurésie cloisonnée est possible, il ne l'est pas toujours. Le concours de signes sur lequel il repose a fait défaut dans les trois cas terminés par la guérison. Il a été impossible à M. Jaccoud de découvrir sur le côté malade, à vibrations diffuses faibles, une zone régulière et limitée de vibrations plus fortes, de sorte qu'il n'a pu arriver à aucune notion touchant la situation respective des loges. Ce fut là un des motifs qui décidèrent M. Jaccoud à s'abstenir de la ponction dans ces trois cas. Il avait, d'ailleurs, pour s'abstenir une raison bien plus sérieuse, car il avait acquis la preuve, par les autres faits, que ces pleurésies multiloculaires supportent impatiemment la thoracentèse.

On voit, par ce qui précède, que le diagnostic de la disposition multiloculaire de la pleurésie aiguë est, avant tout, une question de pratique de première importance. En effet, de ce diagnostic découle un pronostic particulier ; même lorsqu'elle guérit, cette pleurésie est plus grave que les autres, en raison des adhérences qui lui survivent nécessairement. De ce diagnostic découle, en outre, un précepte thérapeutique que M. Jaccoud formule en ces termes : la pleurésie multiloculaire aiguë ne doit pas être traitée par la thoracentèse; la ponction n'y est autorisée que pour remplir d'urgence l'indication vitale résultant d'une suffocation véritablement imminente.

L'étude de la pleurésie multiloculaire a soulevé, sous la plume de M. Jaccoud, une seule question, celle des adhérences du diaphragme.

On sait que, dans la pleurésie vulgaire du côté gauche, le déplacement du cœur fournit à la thoracentèse d'urgence une indication formelle, qui prime même la considération de la dyspnée. Dans la pleurésie multiloculaire, du même côté, les raisons de la ponction d'urgence ne sont plus les mêmes, la dislocation du cœur n'a plus une signification aussi décisive, elle peut être même sans valeur à ce point de vue. Par cela seul, en effet, que la pleurésie est cloisonnée, il y a toute chance pour que le péricarde

soit fixé par des adhérences dans sa position vicieuse, et, dans ces conditions, la ponction pratiquée dans le but de remédier au déplacement du cœur restera sans effet utile. Donc le simple fait d'une ectopie cardiaque, même étendue, ne suffit pas pour indiquer la ponction ; pour que cette indication devienne légitime, il faut que le médecin puisse établir, sinon avec certitude, du moins avec une probabilité satisfaisante, que la thoracentèse diminuera réellement le déplacement du cœur.

Ce jugement est possible jusqu'à un certain point. La question consiste à déterminer s'il y a ou s'il n'y a pas d'épanchement antéro-inférieur. Mais de grandes difficultés se présentent ici, les moyens de diagnostic étant considérablement restreints dans la zone sous-mamelonnaire gauche par l'absence de toutes vibrations, de souffle et de ralentissement bronchique. Voici comment M. Jaccoud pense être arrivé à ce but ; c'est, comme on va le voir, par une voie indirecte.

Au cours d'une pleurésie cloisonnée, comme au cours d'une pleurésie quelconque, cette région sous-mamelonnaire gauche présente nécessairement l'un des trois états suivants : elle est altérée sans épanchement, elle est saine, elle est altérée par la présence d'un épanchement, par des adhérences du poumon, du péricarde et du diaphragme aux côtés. Dans les trois cas, les phénomènes négatifs issus de l'absence de vibrations, du silence respiratoire et vocal, sont les mêmes ; mais, si la région est intacte dans la profondeur, il n'y a pas ordinairement de déplacement du cœur, le mouvement respiratoire de l'épigastre et de l'hypochondre a sa régularité physiologique, et la percussion montre que le tympanisme aigu dû à la présence de l'estomac et du côlon a ses qualités et son étendue normales, c'est-à-dire qu'elle révèle la conservation parfaite de l'espace tympanique connu en sémiologie sous le nom d'« espace semi-lunaire ». Lorsque la région est altérée dans sa constitution profonde, que ce soit par épanchement, que ce soit par adhérences, il y a ectopie cardiaque, et le soulèvement inspiratoire de l'épigastre et des côtés n'a plus son rhythme régulier.

Cette constatation faite, il reste à distinguer entre elles les deux espèces d'altérations.

Les signes différentiels sont fournis par la percussion et par l'examen de la mobilité respiratoire de la région.

La percussion est insuffisante pour faire distinguer à coup sûr un épanchement sous-mamelonnaire d'avec l'existence de fausses membranes et d'adhérences du diaphragme aux côtes. Il est indispensable, pour déterminer si la modification constatée est due à la présence d'un liquide ou à des adhérences diaphragmatiques, de recourir au second signe, fourni par l'examen de la mobilité respiratoire dans la zone costo-épigastrique. En cas d'adhérences, non seulement on constate le renversement des mouvements normaux de l'épigastre et de l'hypochondre, c'est-à-dire un retrait inspiratoire et une projection expiratoire, comme dans l'épanchement et dans toutes les paralysies du diaphragme, quelle qu'en soit la cause ; mais, en outre, on voit ce fait pathognomonique : à chaque inspiration, une dépression active des espaces intercostaux inférieurs, à partir du sixième ou du septième ; avec cette dépression coïncide, dans la même étendue, une traction des côtes elles-mêmes vers la ligne médiane. L'expiration est signalée par le retour de ces parties à leur situation régulière, c'est-à-dire par une saillie épigastrique et par la projection excentrique des côtes et des espaces correspondants.

L'importance de ces faits cliniques est considérable. Que, dans les cas qui viennent d'être cités et dont M. Jaccoud a rapporté plusieurs exemples, on eût pratiqué une thoracentèse au point considéré généralement comme le point d'élection, et l'on plongeait le trocart dans la cavité abdominale. Un malheur semblable est arrivé à un médecin des hôpitaux de Riga, qui l'a loyalement publié.

La conséquence de ces faits est l'obligation de la recherche des adhérences dans toute pleurésie, comme élément indispensable du diagnostic, obligation d'autant plus étroite que ces adhérences diaphragmatiques ne sont pas rares. L'intérêt de ce sujet n'est pas limité au domaine de la pleurésie multiloculaire ; toute pleurésie pouvant présenter ces dispositions

anatomiques, la détermination de l'état du diaphragme doit faire désormais partie intégrante du diagnostic de la maladie ; et comme, ajoute M. Jaccoud, il n'existe aucun rapport, ni direct ni inverse, entre l'abondance de l'épanchement et l'existence de ces adhérences, elles doivent être recherchées dans chaque cas, abstraction faite de toutes les autres particularités de la pleurésie Cette appréciation est pour la thoracentèse une condition préalable d'absolue nécessité.

Enfin, il résulte de ces faits qu'il ne convient pas d'assigner, même d'une manière générale, un lieu d'élection quelconque à la ponction de la poitrine dans la pleurésie ; ce lieu, que commande avant tout l'éventualité des adhérences pulmonaires et diaphragmatiques, varie nécessairement d'un malade à l'autre, et la croyance à une règle fixe constituerait un péril renaissant avec chaque malade.

M. Raynaud a entendu avec le plus vif intérêt et le plus grand plaisir la brillante communication de M. Jaccoud sur la pleurésie aiguë multiloculaire et sur les adhérences du diaphragme; mais, tout en s'abandonnant volontiers au charme de cette merveilleuse éloquence, il n'a pu se défendre de sentir naître en son esprit quelques doutes, quelques objections, quelques réserves sur le fond même de cette communication. Ces objections et ces réserves ont pris corps dans son esprit après la lecture du *Bulletin*, et, tout en constatant qu'il y a plus à louer qu'à blâmer dans le travail de M. Jaccoud, il vient soumettre à l'Académie les quelques critiques que ce travail lui a suggérées.

M. Jaccoud, en faisant cette communication, a eu un mérite incontestable, celui d'avoir appelé l'attention des médecins sur un point trop négligé de l'histoire de la pleurésie, sur les adhérences. Jusqu'ici les cliniciens ne se proposaient guère qu'un seul but, celui de rechercher le liquide et le moyen de débarrasser le malade. Cependant cette question a été abordée dans plusieurs travaux, en particulier dans l'ouvrage de M. Woillez sur les maladies des organes respiratoires, dans des leçons cliniques de M. Lasègue, dans un travail de M. Hanot, son chef de clinique, et, enfin, dans un article fait par M. Raynaud lui-même pour le *Dictionnaire* de M. Jaccoud.

M. Raynaud rappelle notamment, à cette occasion, qu'il a insisté sur les dispositions anatomiques qui existent à la base de la poitrine, du côté gauche, dispositions telles qu'elles peuvent entraîner les plus funestes conséquences, au point de vue de la thoracentèse, pour un médecin non prévenu, et donner lieu à de regrettables erreurs. A côté du fait malheureux de Girgensohn (de Riga) rapporté par M. Jaccoud, M. Raynaud cite un fait qui lui est personnel et qui montre combien il faut tenir compte des adhérences : assisté de M. Dieulafoy, dont la compétence est bien connue en matière d'épanchements pleurétiques, il fit, pour des raisons particulières, contrairement d'ailleurs à ses habitudes, une ponction dans le neuvième espace intercostal, et pénétra dans la rate. L'autopsie du malade, qui a succombé ultérieurement à toute autre cause, montre au surplus que cette ponction n'avait pas eu de fâcheuses conséquences; il s'était formé une péritonite adhésive ; le trocart, très fin, en outre, n'avait pénétré que de 6 centimètres. Toutefois le fait dont a parlé M. Jaccoud montre bien qu'il ne faut jamais ponctionner aussi bas ni dépasser jamais le septième espace intercostal, qui doit être considéré comme les colonnes d'Hercule du trocart destiné à vider les épanchements pleurétiques.

Quant au cas d'épanchement antérieur sous-mamelonnaire, au sujet duquel M. Jaccoud a si bien fait ressortir toutes les difficultés du diagnostic, tous les dangers de la ponction, la règle que croit devoir poser M. Raynaud pour ces cas est bien simple ; il ne faut, selon lui, jamais ponctionner en ce point, sous peine de s'exposer à des ponctions dans le foie, dans l'estomac ou dans le cœur.

Relativement aux deux types de pleurésies avec adhérences, qu'admet M. Jaccoud, il les a fondés sur cinq observations ; or, sur ces cinq observations, il n'y a qu'une autopsie, et encore cette autopsie a-t-elle précisément montré qu'il n'existait pas de loges ; M. Jaccoud admet qu'elles avaient été détruites par la suppuration ; mais il faudrait le prouver. Les thoracentèses successives amènent, les unes de la sérosité, les autres

du pus; cela ne prouve pas qu'on ait pénétré dans différentes loges.

Quant à l'importance que M. Jaccoud attache aux vibrations, à leur conservation, à leur diminution ou à leur augmentation, M. Raynaud fait observer que la théorie admise par M. Jaccoud est loin d'être toujours d'accord avec les faits fournis journellement par la clinique. C'est là un sujet très variable suivant les épanchements, suivant les individus eux-mêmes; il y en a qui vibrent, d'autres qui ne vibrent pas. C'est, selon M. Raynaud, une grande ambition de la part de M. Jaccoud, que de vouloir tirer des conclusions définitives d'un type aussi fugace, aussi fugitif, aussi variable que la conservation, l'augmentation ou la diminution des vibrations thoraciques.

M. Jaccoud attribue la conservation des vibrations à la présence de ces membranes tendues qui forment les cloisons de la pleurésie ; s'il en était ainsi, après la ponction, ces membranes n'étant plus distendues par le liquide, les vibrations auraient pu disparaître ; or, c'est précisément le contraire qui a lieu. En 1876, M. Raynaud a cherché les moyens d'inscrire les modifications fournies par ces vibrations. Il avait même, dans ce but, imaginé un appareil qu'il présente à l'Académie, mais qui ne lui a pas fourni les résultats qu'il en attendait.

En résumé, les règles thérapeutiques que M. Jaccoud a formulées ne sont pas appuyées sur des faits suffisants ; elles sont fondées sur des observations qui ne sont pas probantes. Relativement aux adhérences pleurales, loin d'être aussi nuisibles que paraît le penser M. Jaccoud, elles constituent souvent, au contraire, des conditions favorables.

Cancer et tubercule. — M. le docteur Ed. Burdel (de Vierzon), membre correspondant, donne lecture d'un travail intitulé : « Cancer et tubercule développé chez le même sujet ».

Dans ce travail M. Burdel rapporte une observation qui complète l'étude qu'il a déjà faite sur la relation étiologique du cancer avec le tubercule, et dont il a soumis les résultats à l'Académie il y a quelques années.

Cette observation démontre le développement bien distinct de ces deux états, cancer d'abord, puis tubercule apparaissant ensuite simultanément chez le même sujet à quinze mois de distance, le premier s'effaçant après l'ablation, pour laisser place quelque temps après à l'autre, c'est-à-dire à la tuberculose. Elle fait voir, en outre, combien est grande et intime la relation qui existe entre ces deux états nécrobiosiques : elle établit, enfin, d'une façon péremptoire cette loi pathogénique de la tuberculose prenant sa source dans le cancer.

Eau de Contrexéville. — M. le docteur Debout d'Estrées, inspecteur des eaux de Contrexéville, présente le résultat de l'analyse spectroscopique de cette eau minérale faite au laboratoire de la Faculté avec le concours de M. Wilm, chef des travaux chimiques.

Les conclusions de l'auteur établissent que le spectroscope a permis de constater dans l'eau de Contrexéville la raie jaune du sodium, la raie rouge du lithium, la raie rouge et la raie verte du calcium, la raie rouge et la raie violette du potassium. Pas de trace de cæsium, de rubidium et de strontiane, cette dernière ayant été signalée à tort dans une analyse faite par O. Henry.

En outre, un dosage de la lithine en fixe la quantité à 4 milligrammes de bicarbonate de lithine par litre, chiffre d'ailleurs conforme à celui indiqué par M. Debray, de l'Institut.

Sur un bruit pulmonaire de froissement dans la congestion pulmonaire arthritique. — M. Colin lit un travail dont voici le résumé :

C'est, en général, chez les rhumatisants qui ont ressenti des douleurs aux épaules ou aux bras que l'arthritisme se manifeste sur les voies respiratoires.

Le premier retentissement a lieu sur la plèvre, et, le plus souvent, sans douleur ni fièvre apparente. Il se forme alors une sorte de pleurésie

sèche, et plus tard, par continuité d'organes, a lieu la congestion pulmonaire elle-même.

Le signe caractéristique est un bruit qui simule le râle crépitant du premier degré de la pneumonie et qui n'est entendu qu'à l'inspiration.

Son siège a lieu à la partie moyenne d'une ligne qui, partant du creux axillaire, se dirigerait perpendiculairement à la base du thorax.

Ce bruit, que j'ai nommé *froissement arthritique*, est, comme le rhumatisme lui-même, essentiellement migrateur. Il peut être entendu à la fois des deux côtés de la poitrine, mais son siège de prédilection est à droite.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 25 avril 1879 ; présidence de M. Hervieux.

Dilatation des voies biliaires.—M. Raynaud fait hommage, en son nom et en celui de M. Sabourin, d'un travail paru dans les *Archives de physiologie*, sous ce titre : « Note sur un cas d'énorme dilatation des voies biliaires, avec périangiocholite chronique et hypertrophie des glandes péricanaliculaires ». Il profite de cette occasion pour exposer un nouveau fait clinique qui lui paraît la confirmation des vues émises dans ce mémoire.

Ce qui fait l'originalité de l'affection des voies biliaires dont il s'agit, c'est :

1° Au point de vue anatomo-pathologique une dilatation généralisée des conduits hépatiques, sans aucune participation ni du canal cystique ni de la vésicule biliaire. Le tissu du foie se trouve refoulé vers la périphérie, tout en conservant sa structure intacte ; chaque canalicule est entouré d'une vaste zone de sclérose, dans l'épaisseur de laquelle on trouve des productions glanduleuses qui ne sont autre chose que les glandes de Luschka, prodigieusementh ypertrophiées. (On sait qu'à l'état normal ces glandes ne se trouvent guère que sur les plus gros conduits biliaires.)

En outre, il existe un développement non moins extraordinaire de l'appareil musculaire des conduits hépatiques. Le contour de cette vaste poche est formé par un mélange de mucus et de gravier biliaire ; on trouve à peine quelques calculs, dont les plus volumineux ne dépassent pas la grosseur d'une noisette et qui sont remarquablement friables ;

2° Au point de vue clinique cette observation est remarquable par la répétition étonnamment fréquente des crises de coliques hépatiques. Chacune de ces crises correspond à la contraction douloureuse de la poche hépatique tendant à expulser son contenu et broyant en quelque sorte le magma biliaire au voisinage de l'ampoule de Vater.

Dans la nouvelle observation rapportée par M. Raynaud, il s'agit d'un malade d'une trentaine d'années présentant, depuis huit mois, des coliques hépatiques d'une intensité effrayante et se reproduisant jusqu'à deux à trois fois par jour. Le foie formait une tumeur descendant jusqu'au-dessous de l'ombilic. Après un mois d'observation pendant lequel furent recueillis avec soin dans les matières fécales des débris calculeux formés de cholestérine pure, on vit apparaître une fluctuation suffisamment nette pour que M. Raynaud se crût autorise à tenter une ponction qui, dans sa pensée, devait être à la fois exploratrice et curative. Rendez-vous fut pris pour le surlendemain. Quel ne fut pas son étonnement lorsqu'au moment de pratiquer l'opération il s'aperçut que la tumeur avait disparu !

Il ne peut expliquer cette heureuse terminaison que par l'expulsion d'un magma biliaire par les voies naturelles. Il prescrivit alors pour tout traitement des massages quotidiens sur la région du foie dans le but de vider méthodiquement la poche et d'empêcher l'accumulation des produits sécrétés. Depuis deux mois que ce traitement est suivi avec régularité, le malade jouit d'une santé parfaitement satisfaisante.

Maladies régnantes. — M. Besnier lit son rapport trimestriel sur les maladies régnantes.

La mortalité générale relevée dans les hôpitaux et hospices civils de Paris pendant ces trois mois est représentée par 3 716 décès, chiffre très notablement supérieur à la moyenne du trimestre correspondant des années antérieures. Cette élévation est due particulièrement à la pneumonie dont la gravité a été extrême, à la réapparition de la variole, à l'exacerbation typhoïde accidentelle et aussi d'une manière générale aux conditions rigoureuses de cette saison d'hiver. La phthisie pulmonaire a amené dans les hôpitaux 1 298 malades, 675 sont morts; la pneumonie, 554 malades, sur lesquels 261 sont décédés; la bronchite, avec 1 228 malades, ne fournit que 105 décès, et la pleurésie 30 seulement sur 309 malades. Nous voyons donc que si les onze années précédentes ont fourni une moyenne de 36,30 pour 100 de décès dans la pneumonie, la mortalité des trois mois précédents présente un chiffre plus élevé de 57,11 pour 100.

La diphthérie fournit, d'autre part, une quantité de décès tout à fait exagérée. A Paris, en effet, la mortalité par diphthérie a pris le pas sur toutes les affections communes; aussi, tandis que dans le premier trimestre de 1879 la variole compte 151 décès, la fièvre typhoïde 220, la diphthérie se chiffre par 529 décès. Cette aggravation constitue un fait épidémiologique d'une grande importance; elle n'est ni incidentelle, ni accidentelle, ni momentanée, ni imprévue, comme semblent le penser quelques médecins; elle s'est produite lentement, et M. Besnier, dans chacun de ses rapports à la Société des hôpitaux, en a chiffré les progrès et annoncé la marche envahissante. La maladie est soumise, en effet, à la loi d'évolution saisonnière dont M. E. Besnier a donné la formule : chaque année l'épidémie permanente de diphthérie atteint le point le plus déclive de sa courbe dans le troisième trimestre, se relève durant le quatrième, atteint son paroxysme durant le premier et décline de nouveau pendant le second. Ainsi, par exemple, de 365 décès, chiffre de la mortalité diphthéritique du quatrième trimestre de 1878, le coefficient mortuaire s'est élevé, pendant le premier trimestre de 1879, à 529 : telle est la loi.

L'opinion publique s'est émue plus que de raison d'une explosion variolique dont M. E. Besnier a, en temps opportun, dénoncé l'imminence, sans toutefois réussir à faire prendre les mesures nécessaires pour circonscrire davantage l'épidémie. M. Besnier, il y a trois mois, insistait encore sur les mesures urgentes à prendre sans délai ; ces mesures consistaient :

1° En la création dans tous les hôpitaux, sans exception, d'un pavillon d'isolement temporaire, destiné à donner asile immédiat et d'urgence, soit aux sujets atteints d'affections contagieuses qui sont apportés à l'hôpital dans une situation trop grave pour être immédiatement transférés dans les services d'isolement, soit aux malades amenés du dehors dont l'affection reste douteuse à un examen rapide et qui doivent être l'objet d'une enquête plus approfondie, plus prolongée, avant d'être introduits dans un courant de varioleux ou dans un service d'isolement;

2° En l'organisation réglementaire du service de transport des malades atteints d'affections contagieuses : mesure de police à l'égard des voitures dans lesquelles sont apportés les malades varioleux; mesure restrictive apportée à la libre sortie des convalescents, qui, dans l'état actuel, s'en vont librement semer dans la ville les germes varioleux;

3° En la création d'un Institut vaccinal public dans lequel on pourrait présenter chaque jour les sujets à vacciner ou trouver sans délais et sans difficultés du vaccin efficace.

Cas d'hémoptysie foudroyante chez un phthisique, occasionnée par la rupture d'un anévrysme de l'artère pulmonaire. — M. Damaschino fait une communication sur un cas d'hémoptysie ayant amené la mort du malade, et où l'on a observé la rupture d'un anévrysme de l'artère pulmonaire ; dans un autre point du poumon existait un autre anévrysme prêt à se rompre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 16 et 23 avril 1879 ; présidence de M. Tarnier.

Sur certains ulcères des téguments dans la paralysie atrophique de l'enfance. — M. Nicaise. M. Nepveu s'est proposé de démontrer que ces troubles nerveux pouvaient exister dans la paralysie infantile, où ils n'avaient pas encore été signalés ; il s'appuie sur quatre observations : la première est la plus précise, les autres sont sujettes à quelques réserves; dans deux cas il y a eu luxation de la cuisse, et dans le dernier les troubles nutritifs ont pu être causés par un traumatisme violent. C'est la première observation qui forme la base véritable de ce mémoire.

M. Nepveu distingue des troubles trophiques aigus, zona, ulcères, atrophie musculaire rapide. Dans ces cas les troubles sont nettement sous l'influence d'altérations nerveuses.

Dans un second groupe de faits, mal perforant, ulcères de jambes, les téguments sont rendus moins résistants par des altérations anciennes. Ce sont alors des troubles trophiques secondaires qui ont besoin d'une cause occasionnelle pour se développer.

Il ne s'agit pas là d'ulcères névropathiques, mais il faut admettre qu'un membre atteint de paralysie infantile offre moins de résistance qu'un membre sain. Dans la paralysie infantile, une cause occasionnelle peut amener des altérations de nutrition.

L'observation de M. Nepveu n'est pas encore suffisante pour faire admettre l'existence de troubles nerveux idiopathiques dans la paralysie essentielle de l'enfance.

M. Verneuil. Les observations relatées par M. Nepveu ont été recueillies dans mon service ; toutes présentaient une ressemblance frappante. J'ai même été plus loin que M. Nepveu et j'ai pensé que les troubles trophiques pouvaient aller jusqu'aux os, témoin l'ostéite que j'ai observée chez l'un de ces malades, que j'ai amputé.

Il y a donc là une variété d'accidents chirurgicaux qui n'avaient pas été signalés.

M. Nicaise. Après la coxalgie, chez les enfants, le membre se trouve exactement dans les mêmes conditions qu'un membre atteint de paralysie infantile. Les deux altérations amènent la même prédisposition du membre à subir des troubles trophiques secondaires. Il me semble qu'il n'y a rien de spécial pour la paralysie atrophique de l'enfance; je crois que l'altération médullaire n'y est pour rien.

M. Verneuil. Je crois que l'assimilation de toutes les atrophies, comme cause prédisposante à ces troubles trophiques, n'est pas exacte. Je pense que l'altération médullaire joue un rôle.

M. Th. Anger. J'ai actuellement dans mon service un malade atteint autrefois d'un pied bot paralytique et qui présente un abcès dans un point qui ne porte pas sur le sol ; c'est donc là un trouble atrophique consécutif à une paralysie de l'enfance.

M. Polaillon a présenté ici l'année dernière en mon nom, pendant mon absence, un petit malade chez lequel je n'ai pu obtenir la réunion d'une fracture du fémur. Ce petit malade avait une paralysie atrophique de ce membre.

J'ai vu une petite fille âgée de quinze mois qui allait d'abord très bien et qui, à la suite d'un refroidissement, eut une sorte de rhumatisme de la région cervicale, après lequel l'enfant, qui auparavant marchait bien, fut atteinte d'un pied bot par paralysie des muscles de la région antérieure de la jambe. Le père, homme très intelligent, appliqua chaque soir l'électricité sur les muscles, et au bout de trois mois le membre paralysé avait pris un volume plus considérable que l'autre. Malheureusement l'enfant fut emmenée par sa mère à la campagne et l'électricité fut abandonnée ; le mieux obtenu disparut et la paralysie reprit le dessus. Ces membres atteints de paralysie infantile ont donc moins de nutrition que les autres.

M. Nicaise. Les faits de M. Anger montrent encore l'existence des troubles trophiques dans les membres paralysés, mais ils ne montrent pas qu'il y ait là une action spéciale des cornes antérieures de la moelle, ce qui caractérise la paralysie infantile.

Du goître rétro-pharyngien et de son extirpation. — Une jeune fille de vingt-cinq ans se présente en novembre 1878 à M. Bœckel (de Strasbourg), avec une tumeur volumineuse de la partie droite du cou et une autre tumeur rétro-pharyngienne. La première tumeur a débuté en 1875; ce n'est qu'au commencement de 1878 qu'elle commença à grossir assez rapidement. La respiration n'est pas embarrassée. La peau du cou, fortement tendue, présente cependant sa couleur normale. Le larynx est refoulé à gauche de la ligne médiane. Il n'y a ni douleur ni fièvre, mais la malade tourne difficilement la tête. M. Bœckel diagnostique un kyste probable de la glande thyroïde, mais sans s'expliquer le prolongement rétro-pharyngien. Une ponction exploratrice ne vide que la première poche, qui se remplit peu de temps après. Il existe donc deux cavités kystiques ne communiquant pas ensemble.

Une opération est faite le 9 décembre 1878.

Une incision de 10 centimètres est pratiquée sur le bord du sterno-mastoïdien droit, sous la vapeur phéniquée. La tumeur est ponctionnée avec le bistouri et attirée au dehors, puis détachée. La plaie à peu près sèche, grâce à une dizaine de ligatures au catgut, est réunie dans les quatre cinquièmes supérieurs de la région. On fait le pansement phéniqué.

M. Recklinghausen, qui a examiné ces kystes, les croit formés aux dépens du tissu thyroïdien.

Le 24 décembre, la malade sort et se promène, et le 6 janvier elle rentre chez elle complètement guérie.

Correspondance. — M. Guéniot présente, de la part de M. Brière (du Havre), une brochure intitulée : *Questions ophthalmologiques*. (Renvoyé à la commission chargée d'examiner la récente communication de M. Coursserant, contre lequel M. Brière fait une réclamation de priorité.)

M. Poinsot (de Bordeaux), membre correspondant, adresse à la Société une lettre relative à la discussion sur les pansements antiseptiques. M. Poinsot plaide en faveur du pansement de Lister et de la réunion par première intention.

M. Boinet. Cela me choque quand j'entends dire constamment : le pansement de Lister. Chacune des parties de ce pansement a été mise en pratique en France bien avant que M. Lister y ait songé.

M. Desprès. Je demande la parole pour une question personnelle, mais je serai très bref. J'ai eu dans mes salles, depuis le 25 décembre, 11 érysipèles, dont 4 venus du dehors. Je n'ai pas eu un seul érysipèle sur un opéré.

Température chez les nouveau-nés; auto-transfusion. — M. Guéniot. Un premier travail de M. Prouff, de Plouescat (Finistère), a trait à la température rectale du nouveau-né. La température, dit-il, descend après la naissance de 37 à 34 degrés. La température baisse pendant deux heures; après elle reste stationnaire, puis remonte. M. Prouff pense que cette donnée pourrait être utilisée pour le diagnostic de la mort réelle.

Une seconde note de M. Prouff a pour but de recommander l'emploi de la bande d'Esmarch contre les hémorrhagies puerpérales. En appliquant une bande sur les quatre membres, on pourrait faire bénéficier les veines d'environ 500 grammes de sang. La note de M. Prouff renferme un seul cas de ce genre, mais il est confirmatif. D'ailleurs l'idée de cette pratique est connue de longue date, mais la bande d'Esmarch est très propre à réaliser l'indication clinique.

M. P. Berger. L'emploi de la bande d'Esmarch dans ces cas a été déjà indiquée, je crois, en Allemagne.

Deux cas de résection du tibia. — M. Pamard (d'Avignon). J'ai

fait deux fois la résection d'une certaine longueur du tibia chez des adultes. Je décolle le périoste sur tout le pourtour de l'os; je passe la scie à chaîne à l'une des extrémités du fragment que je veux réséquer et je luxe pour sectionner l'autre extrémité. Il s'agissait dans les deux cas d'une ostéite. Malgré l'âge avancé des malades, dont l'un avait trente-quatre ans, l'os s'est parfaitement reproduit. M. Pamard présente le fragment réséqué chez l'un des malades.

M. Houel. Il s'agit ici d'un véritable abcès des os; ces abcès ne communiquent pas avec le canal médullaire. L'abcès était ici à la partie inférieure du tibia.

Nous n'avons pas le diagnostic du début de ces affections. Si l'on pouvait appliquer à temps une couronne de trépan, cet os reviendrait peut-être sur lui-même.

M. Trélat. Il y a ici incontestablement un abcès des os. Il y a des pièces dans lesquelles on trouve des abcès osseux circonscrits par un peu d'ostéite périphérique; ici nous ne voyons pas cela. Nous sommes en présence d'une affection qui a été une ostéite généralisée; comme la maladie a duré très longtemps, nous assistons à l'évolution lente de cette lésion pour laquelle j'ai défendu le nom d'« ostéomyélite ». Il est incontestable que lorsqu'on a le bonheur de faire dès le début le diagnostic d'un abcès des os, il est indiqué d'appliquer le trépan. Mais quand l'os est profondément altéré, je crois que le meilleur parti à prendre est l'ablation, comme l'a faite M. Pamard.

M. Desprès. Je crois être à même de dire comment ces maux débutent. J'ai dans mon service un jeune homme qui a eu une ostéite juxta-épiphysaire chronique de l'extrémité supérieure du tibia. Les observations de M. Pamard se rapprochent de celles de ce malade. Ces malades ont des alternatives de mieux et de pire et ils finissent par faire des abcès sans grand cortège inflammatoire. Ainsi pour moi les abcès des os sont la conséquence d'ostéites juxta-épiphysaires chroniques qui siègent dans les mêmes points que les ostéites juxta-épiphysaires aiguës.

M. Houel. Je ne puis admettre avec M. Trélat que cette affection soit du même genre que l'ostéomyélite. Les abcès ne se développent jamais dans les diaphyses des os longs, mais à l'une de leurs extrémités.

M. Trélat. L'opinion de M. Desprès me paraît tout à fait acceptable. Il ne faut pas dire qu'il n'y a jamais d'abcès de la continuité des os longs. Pour qu'il puisse se former des cavités d'abcès dans la diaphyse des os longs, il faut un traumatisme. Ces abcès ont une cause et une évolution différentes; ils sont assurément beaucoup plus rares que les autres, mais ils existent.

M. Lannelongue. L'affection dont M. Pamard nous a parlé est extrêmement commune. On peut dire qu'elle n'a ni commencement ni fin. C'est ce que j'ai appelé avec beaucoup de chirurgiens l'« ostéomyélite », ce que l'on a appelé « ostéopériostite phlegmoneuse diffuse, ostéite épiphysaire des adolescents ». Je l'ai appelée « ostéomyélite », parce qu'elle se développe dans une région où il y a beaucoup de moelle. Chez un enfant de trois ans, par exemple, le canal médullaire ne va pas jusqu'à l'épiphyse; l'affection ne débute jamais par le canal médullaire. Elle naît au voisinage du cartilage de conjugaison, mais à quelque distance de lui, à 1, 2 ou 3 centimètres. J'ai donné le nom de « bulbe » à la partie renflée de l'os située entre le canal médullaire et le cartilage de conjugaison.

La marche de ces abcès est très variable. Ils n'ont pas toujours une marche périphérique, comme l'a dit Chassaignac, ils peuvent avoir une marche centrale. Il y a actuellement dans mon service un enfant qui, trois ans après un léger choc sur le tibia, a eu une suppuration assez étendue de cet os.

Il y a trois ans, M. Le Dentu a incisé chez un enfant de mon service un abcès sous-périostique; cet enfant a guéri en trois semaines, mais depuis ce temps il a eu trois poussées d'inflammation osseuse. Ces abcès peuvent donc rester latents pendant longtemps, puis se réveiller sous une influence quelconque.

Pour cette affection, je conseille la trépanation dès le début; mais cette méthode devient insuffisante au bout de quelques jours; il faut alors faire

la résection. En troisième lieu, s'il y a des complications du côté de l'articulation ou du côté des viscères, il faut alors faire rapidement l'amputation.

Cette affection peut survenir à tous les âges de la période de développement des os, il ne faut donc pas appeler cela une affection de l'adolescence. Elle peut se développer dans les os qui n'ont pas d'épiphyse, dans les os plats, dans les os courts. Un enfant de treize ans, actuellement dans mon service, a eu un abcès de l'épine de l'omoplate et de la fosse sous-épineuse; on peut de même trouver de ces ostéites dans le calcanéum, elles n'ont donc rien d'épiphysaire.

Inversion utérine. — M. Chauvel, membre correspondant, adresse à la Société de chirurgie l'observation d'une femme entrée à l'hôpital d'Orléansville après un accouchement et une délivrance difficiles. Le lendemain de l'accouchement, on avait constaté que l'utérus était renversé et que la tumeur était irréductible. A chaque époque menstruelle, une hémorrhagie survenait. On trouva dans le vagin une tumeur arrondie, lisse, molle, facile à déprimer, et du volume d'une moyenne orange. Il était facile de constater une continuité de tissu entre le pédicule de la tumeur et les lèvres du col de l'utérus. L'inversion de l'utérus était incontestable. M. Chauvel tenta sans succès une série de manœuvres de réduction; il se décida à pratiquer la ligature élastique.

Le 7 janvier, la tumeur fut amenée hors du vagin pour compléter l'inversion ; M. Chauvel la comprima de bas en haut pour chasser le sang qu'elle contenait et refouler les anses intestinales qui auraient pu suivre le fond de l'utérus. Une anse métallique fut placée sur le pédicule de la tumeur au moyen d'un serre-nœud. Au-dessus de l'anse, dans un sillon tracé avec le thermo-cautère, on appliqua une ligature élastique au moyen d'un tube à drainage dont la solidité était éprouvée. Le corps de l'utérus tomba au bout de neuf jours, laissant au fond du vagin un moignon rougeâtre. La tumeur ne put être examinée. La malade guérit sans complications.

M. Guéniot. Le pessaire à air a donné des résultats remarquables pour la réduction de ces inversions utérines. M. Guéniot fera prochainement un rapport sur une observation d'inversion de l'utérus adressée à la Société par M. Hue (de Rouen).

M. Tillaux regrette qu'on n'ait pas examiné la partie enlevée ; c'était peut-être un corps fibreux du fond de l'utérus ; M. Tillaux fait donc des réserves sur la nature du tissu enlevé.

M. Forget. La ligature a été faite pendant que l'inversion était exagérée ; on ne comprend pas, en pareil cas, qu'il reste une cavité utérine appréciable.

M. Houel. Le placenta a été extrait difficilement. C'est dans ces conditions qu'on observe les inversions utérines. D'un autre côté, il faut qu'un polype soit bien volumineux pour inverser la matrice, et M. Chauvel l'aurait diagnostiqué. Il ne reste pas une cavité utérine, mais un simple moignon au niveau du point séparé par la ligature.

M. Verneuil. Il ne peut y avoir aucun doute sur le diagnostic de M. Chauvel : l'observation est très complète, et elle décrit tous les caractères de l'inversion utérine.

M. Tarnier est de l'avis de M. Verneuil; il a vu deux cas analogues.

Forceps Tarnier. — M. Polaillon fait un rapport sur un travail de M. Wasseige (de Liége) : « Essai pratique et appréciation du forceps Tarnier ». L'auteur dit que M. Tarnier a compliqué bien inutilement le forceps ; il fonde cette opinion sur six observations.

M. Wasseige n'a opéré que sur des bassins rétrécis ou irréguliers. Quand les diamètres de la tête fœtale ne sont pas en rapport avec les diamètres du bassin, le forceps Tarnier pourra échouer comme les autres forceps. M. Wasseige s'est servi d'un forceps raccourci de plusieurs centimètres. D'ailleurs il dit que le forceps Tarnier est théoriquement supérieur aux autres forceps.

M. Tarnier analyse les six observations de M. Wasseige. Dans la pre-

mière, application du forceps Tarnier ; réussite complète. Dans la deuxième et la sixième, le forceps Tarnier amène la tête dans l'excavation pelvienne; on tire encore, la tête ne descend pas, parce que la rotation ne s'est pas effectuée ; M. Wasseige fait la rotation avec le forceps et amène l'enfant. Ces observations ne sont donc pas défavorables à l'instrument. Dans la quatrième, rien ne vient, on fait la céphalotripsie; cela ne prouve rien contre le forceps Tarnier. Dans la troisième et la cinquième, le bassin est rétréci; on échoue parce que les branches de traction sont trop courtes. M. Wasseige s'est servi d'un forceps plus court que celui adopté par M. Tarnier. Voici les caractères à l'aide desquels on reconnaît le forceps auquel M. Tarnier s'est arrêté :

1° Longueur totale : 42 centimètres; 2° distance de l'extrémité des cuillers au pivot : 27 centimètres ; 3° distance de l'extrémité des cuillers à l'extrémité des tiges de traction : 25 centimètres ; 4° écartement existant entre les deux cuillers quand l'instrument est articulé à vide : 2 centimètres; 5° poignée transversale s'articulant avec les tiges de traction à l'aide d'un verrou ; 6° manches des branches de préhension recouverts de plaques de corne. M. Tarnier décline la responsabilité des faits se rapportant à des forceps autres que celui-là.

Ostéopériostite. — M. Berger fait une communication sur l'ostéopériostite. Faut-il ramener toutes les inflammations graves qui évoluent au dedans ou autour de l'os en voie de développement à un seul type ? Déjà M. Chassaignac a établi les caractères distinctifs des abcès sous-périostiques aigus de ceux dus à l'ostéomyélite. Dernièrement MM. Marjolin et Tillaux ont aussi cherché à poser les symptômes différentiels de la périostite proprement dite et de l'ostéomyélite. M. Berger a observé un fait qui lui a permis de vérifier un certain nombre de ces caractères distinctifs.

M. Berger fut appelé le 7 décembre près d'un jeune homme qui s'était, disait-on, fait une entorse la veille. La face externe du cou-de-pied et de la jambe était le siège d'un empâtement assez considérable. Le lendemain, rougeur érysipélateuse, apparence d'un phlegmon diffus ; fièvre. M. Berger reconnut une ostéite épiphysaire aiguë. Le jour suivant, la fluctuation était appréciable au niveau de la malléole externe; une incision donna issue à du pus phlegmoneux ; le périoste était décollé et l'os était rugueux. Pansement de Lister. La fièvre tomba. Quatre jours après l'incision, l'os était recouvert; au bout d'un mois la plaie était cicatrisée ; guérison.

Quelle dénomination donner à cette affection ? Si on veut nommer les choses par leur nom, c'est un abcès sous-périostique aigu dû à l'inflammation de la face profonde du périoste. Est-ce l'ostéite épiphysaire aiguë des adolescents ? Mais il n'y a pas eu de nécrose, l'os n'a pas été atteint d'ostéite; il n'y a pas eu d'exfoliation osseuse. C'est encore moins une ostéomyélite.

Dans la périostite phlegmoneuse, la douleur est excessive, térébrante ; cependant, chez le malade de M. Berger, la douleur était modérée ; M. Chassaignac dit qu'il n'y a point de rougeur de la peau ; ici la peau est rouge. La fluctuation, dit M. Chassaignac, précède l'empâtement; c'est encore le contraire dans l'observation de M. Berger. On a vu que la dénudation des os n'entraîne pas forcément la nécrose ; cette nécrose dépend plutôt de l'extension à l'os de l'inflammation du périoste. Cette observation vient à l'appui des idées émises par MM. Tillaux et Marjolin dans une précédente séance.

M. Verneuil déplore les tentatives que l'on fait pour fusionner en une seule et unique affection des affections qui diffèrent tant au point de vue du pronostic et du traitement. Sur ce point, il est de l'avis de M. Berger ; mais il en diffère, parce que pour lui (M. Verneuil) le diagnostic différentiel établi par M. Chassaignac n'est pas exact et pratique. Il est indispensable de conserver l'ancien abcès sous-périostique, l'ostéomyélite spongieuse, l'ostéomyélite centrale, l'ostéite aiguë, etc. Il faut faire ces distinctions anatomo-pathologiques d'abord, et rechercher ensuite les signes distinctifs correspondants.

On a défendu les résection précoces : voici un fait qui est contraire à ces opérations hâtives. Le 2 janvier 1879, M. Verneuil fut appelé par M. Frébault près d'un enfant de quatorze ans qui avait fait une chute sur l'avant-bras six jours auparavant. Le gonflement était énorme à l'avant-bras. C'était absolument le typhus des membres décrit par Chassaignac. Fluctuation dans tout l'avant-bras. M. Verneuil diagnostiqua un abcès sous-périostique. Incision de 6 centimètres : issue d'un flot de pus. Le radius était complètement dénudé dans toute sa circonférence. Bains antiseptiques matin et soir. Un mois après la plaie était fermée et le bras avait retrouvé presque tous ses mouvements. Pas la moindre exfoliation osseuse.

Résection du tibia. — M. Cazin (de Boulogne-sur-Mer) dépose sur le bureau une observation d'extraction du tibia nécrosé en totalité, reproduction de l'os, guérison avec claudication.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 9 avril 1879 ; présidence de M. Blondeau.

Du traitement des raideurs articulaires. — M. Dally présente un travail sur le traitement des raideurs articulaires, dont voici les conclusions : un grand nombre de raideurs articulaires, autrefois abandonnées comme incurables ou traitées par des procédés violents, sont souvent détruites par l'emploi méthodique des manipulations, de l'extension, de l'électricité, des sudations et des douches : il convient surtout d'insister sur deux points, à savoir : 1° qu'un traitement préparatoire dispose les tissus enraidis à se laisser plus aisément distendre ; 2° qu'il importe de s'assurer le concours de la volonté bien dirigée des patients.

M. Ferrand demande à M. Dally son avis sur les cas suivants : un malade entre dans son service avec une arthrite sèche des deux articulations coxo-fémorales et du genou. Tous les muscles qui entourent ces articulations sont dans un état de contracture presque permanent, cette contracture est assez prononcée pour immobiliser le malade qui se refuse à tout mouvement. Parfois, cependant, on peut faire exécuter certains mouvements, très limités, il est vrai. En anesthésiant le malade à l'aide du chloroforme, on a pu faire exécuter tous les mouvements d'abduction, de flexion et de rotation, on n'a observé que quelques craquements articulaires. Que doit-on faire comme traitement ?

M. Dally répond que la plupart des contractures sont d'origine articulaire ; il suffit d'une arthrite des plus légères pour déterminer des troubles de la motilité et de la contracture. Or, la continuité de l'état musculaire détermine d'abord de la contracture par appréhension, à cause de la douleur qui accompagne d'ordinaire les mouvements, puis de la contracture par adaptation à la suite de l'habitude prise par le malade, et enfin plus tard de la contracture par lésion médullaire consécutive à l'immobilité prolongée et aux lésions musculaires qui en sont la conséquence. Chez le malade de M. Ferrand, M. Dally pense qu'on doit traiter le malade par ce qu'il a appelé « la voie diplomatique » : en faisant faire des mouvements au malade avec douceur, avec persévérance, et graduellement on peut obtenir la diminution et peut-être la disparition de la contracture; en tout cas il faut agir avant qu'il y ait eu une contracture par lésion médullaire consécutive.

M. Moutard-Martin demande à M. Dally ce qu'il faut entendre par « adaptation ». Tout d'abord la contracture musculaire est une contracture de protection destinée à préserver des mouvements douloureux, ou mieux à placer le membre dans une position facile à supporter. Peut-être alors le traitement apporte-t-il des modifications heureuses ; mais une fois la contracture devenue d'origine médullaire, une fois qu'il y a sclérose de la

moelle, on ne peut rien espérer. M. Moutard-Martin incline à croire que la lésion musculaire puisse déterminer une lésion de la moelle. En tout cas le fait n'est pas encore démontré.

M. Dally répond qu'effectivement la lésion de la moelle consécutive à une contracture prolongée n'est qu'une hypothèse, mais cette hypothèse repose sur de nombreuses observations démontrant l'origine de lésions médullaires consécutivement à d'anciennes opérations, aux amputations par exemple, ainsi que le fait paraît avoir été prouvé par divers observateurs et particulièrement par M. Luys. Quant à la contracture par adaptation, M. Dally a adopté cette désignation pour désigner cette habitude des muscles environnant l'articulation malade destinée à mettre le membre à l'abri de la douleur : cette position musculaire est une véritable adaptation, et non une rétraction.

M. Blondeau cite, à l'appui de cette idée que les lésions de la moelle peuvent être déterminées au bout d'un temps prolongé par une ancienne amputation, le fait d'un malade qui, amputé d'une jambe il y a près de vingt ans, a vu il y a deux ans ses muscles du moignon s'atrophier à ce point qu'ils ont presque entièrement disparu. Il n'est pas douteux que dans ce cas l'atrophie musculaire progressive n'ait été déterminée par une lésion consécutive des cornes antérieures.

Sur l'action thérapeutique de la blatte (*blatta orientalis*). — M. Constantin Paul a repris les expériences de Kupnanow, de Rogomolow, de Frommuler, de Kotster, sur l'action diurétique de la blatte.

La blatte fut administrée à quatorze malades aux doses de 30 à 80 centigrammes pendant une assez longue période. Cinquante doses furent administrées dans la première série d'expériences et autant dans la seconde (soit cent doses environ), et cela sans aucun résultat chez onze malades sur quatorze. Les trois malades chez qui la blatte paraît avoir eu quelque action sont : un albuminurique saturnin à affection complexe et ictérique (le nº 1); un malade atteint de cirrhose hypertrophique, lui-même très ictérique ; un malade affecté d'ictère catarrhal.

La blatte n'a donc eu d'action apparente que sur des ictériques, et a été sans aucune action sur les autres malades. Ce fait n'est qu'une coïncidence, car les expériences continuées sur les ictériques n'ont pas confirmé ces espérances.

Les expériences du docteur Budde (de Copenhague) ont confirmé ces résultats.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Les plaies et les ruptures de l'œsophage. — Dans son travail, le docteur Roumégoux passe en revue les différents cas dans lesquels se produisent les plaies et les ruptures de l'œsophage et se résume en disant que :

1º Les plaies de l'œsophage peuvent se diviser en plaies produites par des violences agissant de dehors en dedans ou de dedans en dehors. (Les ruptures spontanées de l'œsophage sont étudiées à part.)

2º Les plaies de dehors en dedans se divisent en plaies par instruments tranchants, piquants, contondants. Les plus fréquentes sont produites par des instruments tranchants, et elles atteignent souvent la portion cervicale.

3º Les corps étrangers, les manœuvres de cathétérisme ou l'œsophagotomie interne, produisent les plaies de dedans en dehors.

4º Les complications les plus importantes des plaies de l'œsophage

sont l'emphysème, qui, d'abord localisé au médiastin, à la région cervicale, peut devenir général, la périœsophagite et les abcès du médiastin, la pleurésie purulente.

5° Suivant que la plaie communique avec l'extérieur largement ou par un orifice étroit, nous voyons les symptômes varier.

6° Dans les plaies communiquant largement avec l'extérieur, la cicatrisation s'effectue ordinairement sans complications. Mais il n'en est pas de même dans les plaies qui ne communiquent pas avec l'extérieur. Les complications sont fréquentes : emphysème, périœsophagite, pleurésie purulente. Les plaies qui communiquent avec l'extérieur par un orifice étroit, sont dangereuses au même degré que les premières.

7° Le diagnostic des plaies sans communication avec l'extérieur repose sur les signes suivants : rejet de sang ou de matière teintée de sang, douleur dans la déglutition, douleur épigastrique, emphysème, commémoratifs.

8° Dans les plaies communiquant avec l'extérieur, recourir à la suture de la tunique muqueuse de l'œsophage, à l'alimentation du malade, le premier jour, à l'aide d'une sonde à demeure introduite par le nez. Dans les autres variétés de plaies, s'en tenir au traitement palliatif.

9° La rupture spontanée de l'œsophage se fait au moment d'un effort de vomissement. Elle a pour cause bien constatée l'œsophagite antérieure (alcoolisme). Les principaux symptômes de cet accident sont : douleur vive au niveau du creux épigastrique, rejet de matières sanguinolentes, prostration du malade, emphysème. Enfin, la mort survient ordinairement dans les quarante-huit heures. (*Thèse de Paris*, 1879.)

Des complications cardiaques de la blennorrhagie. — Les différents cas dans lesquels on voit des complications cardiaques survenir dans la blennorrhagie ont été passés en revue par le docteur Morel ; il a recueilli un certain nombre d'observations qu'il a comparées et analysées, et de ce travail il expose ce qui suit :

La blennorrhagie peut se compliquer d'inflammation dans diverses séreuses, et agir d'une façon directe aussi bien sur celles de l'organe central de la circulation que sur les séreuses articulaires par exemple.

Le rhumatisme n'est nullement l'intermédiaire obligé entre la lésion spécifique et la lésion de la séreuse ; mais les cas où il y a coexistence des deux complications sont de beaucoup les plus fréquents.

Tous les malades observés étaient des hommes. Et si le nombre de blennorrhagies n'est pas une cause prédisposante, la véritable cause prédisposante est l'existence antérieure de manifestations rhumatismales, que celles-ci aient ou non accompagné une chaude-pisse.

Les complications cardiaques apparaissent ordinairemant quatre ou cinq semaines après le début de la blennorrhagie, et l'endocarde est atteint plus souvent que le péricarde même ; l'orifice le plus habituellement pris est l'orifice aortique. Dans cette affection, on remarque que l'endocardite consécutive à la blennorrhagie peut revêtir tous les symptômes des autres endocardites, présenter les mêmes complications et même se terminer par la mort. Mais, heureusement, cette maladie affecte le plus souvent une forme bénigne et lente et ne présente que quelques symptômes peu graves qui passeraient inaperçus si on ne les recherchait. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 269.)

Recherches expérimentales sur les propriétés physiologiques de l'aconit et de l'aconitine. — Le docteur Hunter Mackensie a fait une série d'expériences qu'il résume de la façon suivante :

1° L'aconit et l'aconitine agissent primitivement sur la respiration en vertu de leur influence sur le centre respiratoire et sur les branches sensitives du nerf vague.

2° Ces substances n'ont pas d'action directe sur le cœur et n'influencent cet organe que secondairement, par l'intermédiaire des poumons.

3° Leur action sur le système nerveux est d'irriter d'abord et de paralyser ensuite les nerfs périphériques sensitifs et les racines postérieures des nerfs spinaux. Elles n'ont pas d'action directe sur le cerveau ni sur les nerfs vaso-moteurs. Elles augmentent l'irritabilité des nerfs

moteurs périphériques et des faisceaux moteurs de la moelle épinière.

4° Elles n'amènent pas la paralysie musculaire, mais, au contraire, augmentent l'irritabilité des muscles volontaires.

5° Elles déterminent des convulsions, principalement parce qu'elles augmentent l'irritabilité des faisceaux antérieurs de la moelle, des nerfs moteurs et des muscles.

6° Elles augmentent d'abord, puis diminuent la température.

7° La mort est causée par l'asphyxie et par la cessation de la respiration. (*The Practitioner*, mars 1879, p. 173.)

Des déformations et des pertes de substance du palais dans la scrofule. — Le docteur Bois a examiné un certain nombre de sujets atteints de déformations ou de pertes de substance du palais, et montre que ces déformations ou pertes de substance de la voûte ou du voile du palais, qu'on met volontiers sur le compte de la vérole, sont bien plus souvent qu'on ne le croit, un produit de la diathèse scrofuleuse. C'est surtout entre dix et vingt-cinq ans qu'on les remarque, et de préférence chez la femme ; en outre, on rencontre assez souvent d'autres traces de la diathèse. Les symptômes de cette affection sont : le nasonnement, le reflux des aliments par les narines, une diminution de l'olfaction et même de l'ouïe. Avec ces divers symptômes, on rencontre parfois, comme conséquence de diverses scrofulides, d'autres désordres de la bouche, tels que le lupus, l'angine tuberculo-ulcéreuse, l'angine scrofuleuse, inflammatoire, ulcéreuse, etc.

Le traitement le plus efficace à employer en pareille matière est un traitement général tonique, associé presque toujours aux caustiques comme traitement local. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 41.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Obstruction intestinale avec péritonite traitée avec succès par la belladone à hautes doses (30 pilules de 5 centigrammes d'extrait données d'heure en heure), par T.-F. Gilmour (*the Glascow Med. Journ.*, avril 1879, p. 271).

Néphrite desquamative aiguë. Traitement par le régime lacté et les injections sous-cutanées de pilocarpine; guérison, par Mac Call Anderson (*id.*, p. 297).

Anévrysme de la crosse de l'aorte; insuccès de l'iodure de potassium, et succès de la galvano-puncture (*id.*, p. 228); voir en outre une discussion très importante sur ce sujet, rapportée dans le *the Brit. Med. Journ.*, 5 avril 1879, p. 509, et une brochure de M. Joliffe Tufnell intitulée : *The Consolidation of internal aneurism* (Dublin, John Falconer, 1879).

Dyspepsie chronique. Dilatation considérable de l'estomac ; vidage et lavage mécanique de cet organe ; guérison, par Wood Smith (*the Glascow Med. Journ.*, avril 1879, p. 305).

Diverses opérations par le thermo-cautère. Ablation d'une tumeur adénoïde de la glande parotide ; phimosis consécutif à un chancre mou ; trois cas de trachéotomie pour croup; bons résultats dans tous les cas, par Dunlop (*id.*, p. 308).

Remarques sur une blépharoplastie pratiquée avec succès au moyen de la transplantation cutanée, par le professeur Magni (*Rivista clinica di Bologna*, février 1879, p. 52).

Une opération d'uréthrotomie externe sans conducteur dans le rétrécissement, par Falcone (*il Morgagni*, février 1879, p. 93).

Des moyens d'arrêter les hémorrhagies provenant d'organes internes, par John Dougall. L'auteur, considérant que l'arrêt du sang par les efforts de la nature provient : 1° de certaines modifications survenant dans les parois du vaisseau, dans son intérieur et autour de lui ; 2° du ralentissement de l'action du cœur, et par suite de la diminution de la pression sanguine ; 3° de certaines modifications dans la composition du sang épanché, en conclut qu'il faut employer les moyens qui favorisent ces conditions, c'est-à-dire : 1° ceux qui font contracter les vaisseaux (le froid, l'ergot de seigle) ; 2° ceux qui diminuent la pression du sang (veratrum viride, aconit, antimoine) ; 3° ceux qui épaississent le sang (acides nitrique et chlorhydrique, acétate de plomb, etc.) (*Glascow Med. Journ.*, mai 1879, p. 340).

Leçon sur l'ostéotomie antiseptique et, en particulier, sur les instruments employés et l'anatomie chirurgicale de l'opération extra-articulaire par incision simple à l'extrémité inférieure du fémur dans les cas de *genu valgum*, par William Macewen (*the Brit. Med. Journ.*, 3 mai 1879, p. 656).

Abcès du foie chez un syphilitique. Ponction et drainage par la méthode de Lister. Retour d'accidents syphilitiques pendant le traitement. Iodure de potassium à hautes doses ; guérison, par W.-C. Maclean (*id.*, p. 660).

VARIÉTÉS

Appel aux médecins et aux étudiants en médecine de Paris et de la province. — Il s'est formé à Paris un comité français de secours aux inondés de Szegedin, ville de Hongrie, détruite par un débordement de la Theiss. Au nombre des membres de ce comité se trouve un groupe de médecins qui se croient autorisés à faire appel à l'esprit de charité de leurs confrères. La France studieuse n'a pas oublié que, pendant les désastres de 1870-71, elle a reçu de nombreux témoignages de sympathie, et que nos soldats prisonniers et malades en Allemagne ont été chaleureusement secourus par la bienfaisance des Magyars.

La souscription ouverte en faveur des inondés hongrois, si bien accueillie par tous nos concitoyens, trouvera de chauds partisans parmi nos confrères et la jeunesse de nos écoles. Nous venons leur demander de tendre une main secourable à un pays où le nom de la France est dans tous les cœurs.

Ball, Broca, Krishaber, baron Larrey, Peter.

Nota. Les souscriptions sont reçues dans tous les bureaux de la *Société générale* à Paris et en province.

Conférences de clinique dermatologique. — M. le docteur Ernest Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, reprendra ses conférences de clinique dermatologique le mercredi 7 mai, à neuf heures, salles Saint-Léon et Saint-Thomas, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. Les conférences de cette série, destinées en particulier au diagnostic et à la thérapeutique appliquée, auront lieu exclusivement au lit du malade. Lundi, consultation externe. Mardi, premier examen des nouveaux. Mercredi, clinique. Jeudi, polyclinique. Vendredi et samedi, revue générale des malades.

Nécrologie. — Le docteur Edouard Guérard, ancien interne des hôpitaux. — Le docteur Castara, chirurgien. — Le docteur Murchison, médecin de l'hôpital Saint-Thomas, auteur d'un traité sur la fièvre typhoïde et d'un traité des maladies du foie.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Du traitement thérapeutique des tuberculeux (1);

Par M. le professeur PETER, médecin de la Pitié.

Dans des leçons antérieures, j'ai préconisé contre l'*hémoptysie* tuberculeuse, alors surtout qu'elle est abondante, une médication conseillée par Trousseau, qui l'avait empruntée à Stoll, je veux dire la médication vomitive, et cela avec la poudre d'ipécacuanha à la dose de 4 grammes; c'était le chiffre de Stoll, accepté par Trousseau; mais j'ai trouvé que 1g,50 à 2 grammes étaient amplement suffisants. Je vous ai dit les bons effets de cette médication; j'ai essayé même d'en donner la théorie, qui ne serait autre qu'une action exercée sur la circulation interstitielle produisant une sorte d'anémie parenchymateuse par contracture vasculaire. Quoi qu'il en soit, le fait est incontestable que l'hémorrhagie s'arrête par les vomissements. Or, ce qui prouve que ce n'est pas l'action mécanique de vomir, mais l'état nauséeux seul qui est salutaire, c'est qu'on peut obtenir les mêmes effets sans vomissement aucun et sans avoir d'ailleurs recours à l'ipécacuanha, qui n'a rien de spécifique. Par exemple, il est des cas où la médication vomitive est assez mal acceptée du malade et surtout de son entourage, et conseillée d'autre part avec une certaine timidité par vous-mêmes, et où vous pourrez alors victorieusement employer le traitement que je vais vous dire : un julep gommeux contenant 30 centigrammes de kermès minéral, est donné d'heure en heure; il en résulte un état nauséeux, assez désagréable d'ailleurs, quelquefois même de légères vomiturations ou une à deux selles diarrhéiques; mais dès le premier jour de cette médication, l'hémorrhagie s'arrête ou s'amoindrit, pour cesser, dans ce dernier cas, le second ou le troisième jour. Tout récemment même, chez une jeune dame que je voyais en consultation, l'hémoptysie, très abondante et qui durait depuis sept jours, fut arrêtée dès le premier jour par l'usage de cette potion; et ce qu'il y eut de plus remarquable, c'est que la malade eut

---

(1) Suite, voir le numéro précédent.

simplement mal au cœur sans éprouver ni vomissements ni diarrhée. Le pouls, qui était, avant l'administration de la potion, à près de 130, tomba à 110; la respiration, de très fréquente, devint presque naturelle, les râles très fins des parties moyenne et inférieure du poumon avaient presque disparu. En même temps la malade avait très notablement pâli, ce qui est d'accord avec la théorie que j'ai donnée de l'anémie locale par action sur le grand sympathique vasculaire, et contracture vasculaire consécutive. De tels effets étaient évidemment dus, chez cette malade, à l'action du kermès ; car bien qu'elle eût eu un second vésicatoire en même temps que la potion de kermès, elle avait été soumise antérieurement à un premier vésicatoire et à l'emploi des moyens les plus variés sans aucun succès. Je cite ce fait, dont je pourrais rapporter d'autres analogues, parce qu'il a été observé sous le contrôle d'un médecin très éclairé, et que l'hémostase, vainement cherchée jusque-là par la série des moyens classiques connus, a été presque immédiatement obtenue à la suite d'un simple état nauséeux.

Vous obtiendrez des effets analogues dans des cas moins émouvants et moins immédiatement pressants ; par exemple, alors qu'il n'y a que des crachats sanglants rejetés successivement dans le cours d'une journée (au nombre de cinq ou six, je suppose), en faisant prendre de six à huit pastilles d'ipécacuanha dans le cours de la matinée ; ou encore des pastilles de kermès en même nombre; ou enfin un sirop kermétisé contenant 2 centigrammes de la préparation antimoniale par cuillerée : deux ou trois cuillerées suffisent ordinairement pour obtenir la diminution ou la cessation de l'expectoration sanglante.

J'ai obtenu également de bons effets dans le cas d'hémorrhagie pulmonaire médiocrement abondante, en associant le sulfate de quinine à la poudre d'ergot de seigle; par exemple, 50 centigrammes de sulfate de quinine mélangés à 2 grammes de poudre d'ergot de seigle et divisés en dix doses, que l'on peut prendre dans le cours de la journée ou même à doses moitié moindres, si l'hémoptysie n'est pas très notable. C'est une médication que conseille le docteur Gimbert (de Cannes), et qui est vraiment efficace au cas dont je vous parle.

Maintenant il va sans dire qu'il ne faut, en pareil cas, négliger aucun des moyens classiques, tels que les révulsifs sur la poitrine et sur la peau des membres inférieurs ; tels encore que la respi-

ration d'un air frais et l'usage de boissons, ainsi que d'aliments froids.

Comme intermédiaire entre la diététique et la thérapeutique, il y a la *diète lactée,* les *cures de petit-lait* et les *cures de koumys;* diètes et cures qui conduisent au traitement par les huiles. Seulement les corps gras sont infiniment plus acceptables et mieux acceptés sous la forme de lait, même fermenté, que sous la forme d'huile, même pourrie.

La diète lactée absolue — du lait et rien que du lait — n'est pas absolument de mise pour les tuberculeux ; mais, ce qui leur est bon sans réserve, c'est le lait. Le lait, s'ils le digèrent, sortant du pis, à la traite du matin comme à celle du soir. Ou encore le lait refroidi et cru, que certains estomacs supportent mieux que le lait tiède sortant du pis.

L'usage du lait d'ânesse est traditionnel en France pour les poitrines délicates — comme aussi pour les estomacs du même ordre ; tellement traditionnel même chez les tuberculeux, que la chose en devient presque sinistre, et qu'il vaut mieux, moralement, conseiller le lait de vache, lequel n'implique pas qu'on est « poitrinaire ».

J'ordonne beaucoup le lait, et j'aime autant le lait de vache, qu'on trouve partout, qui est plus nourrissant, et surtout moins solennel que celui d'ânesse. Si je suis forcé, par l'inaptitude digestive une fois démontrée pour le lait de vache, à recourir au lait d'ânesse, je mets en avant cette inaptitude même et non je ne sais quelle prétendue spécificité du lait d'ânesse pour les tuberculeux. Ainsi les apparences sont sauvées.

Le lait de chèvre, le lait de vache et celui de brebis sont des laits gras ; le lait de jument, le lait d'ânesse et le lait de femme sont des laits sucrés. Ces derniers sont caractérisés par la petite quantité de leur beurre et l'abondance de leur sucre.

Le lait d'ânesse est médiocrement nourrissant, en raison de la faible quantité de principes solides qu'il contient.

Le lait de femme est celui qui présente le plus de variété dans les éléments qui le constituent.

En vérité, le meilleur lait est celui que les malades tolèrent le mieux, et pour lequel ils ont le plus d'appétence ou le moins de dégoût. Peut-être, suivant le conseil du professeur Fonssagrives, devrait-on préférer le lait de chèvre, à cause des proportions considérables de beurre qu'il renferme. La sapidité du lait d'ânesse

et de jument est une condition de digestibilité facile; elle tient aux quantités élevées de sucre que renferment ces deux laits.

Il est des cas où le lait ne peut être digéré; il faut y renoncer. Il en est d'autres où il n'est que « pesant » à l'estomac; il est bon alors d'y ajouter du sucre ou du sel. Le sel est préférable, parce qu'il n'émousse pas l'appétit. Il peut être introduit dans le lait directement, ou par l'intermédiaire de la femelle laitière. Cette dernière méthode est celle sur laquelle est fondé le traitement *lacto-chloruré* d'Amédée Latour. On prend une chèvre jeune, on lui donne une nourriture composée d'un tiers d'herbes vertes ou de racines sèches et de deux tiers de son ou de croûtes de pain additionnées de 12 à 15 grammes de sel marin, quantité portée progressivement au maximum de 30 grammes. Le malade prend 1 litre de ce lait par jour, mais par petite quantité à la fois, et à de courts intervalles; en outre, les viandes de bœuf ou de mouton, rôties ou grillées, doivent faire la base de son alimentation. La durée de ce traitement est de plusieurs mois. M. A. Latour en a obtenu les résultats les plus remarquables; le plus merveilleux a été chez une malade qui lui était chère, et qui avait été « condamnée » par Andral, Chomel et Trousseau.

Je ne dirai pas grand'chose des cures de petit-lait, n'en ayant aucune expérience; ce que je sais par lecture, c'est qu'on les a surtout utilisées en Suisse et en Allemagne depuis le dernier siècle. Les médecins allemands préfèrent le petit-lait de brebis, parce que ce lait contient plus de sels que les autres. On l'administre à la température normale du lait, qui est de 38 degrés centigrades, à la dose de deux verres à jeun, et d'un troisième verre dans l'après-midi. La durée de la cure est d'un mois et demi à trois mois, pendant lesquels le malade est soumis à un régime spécial composé de viandes grasses, de végétaux herbacés, de compotes de fruits, de mets farineux ou sucrés en petite quantité, vin coupé d'eau, ni café ni spiritueux. C'est un régime d'engraissement, pour lutter sans doute contre la macilence tuberculeuse.

Les médecins allemands mélangent très volontiers les eaux sulfureuses au petit-lait.

Des Alpes au Rhin se trouvent de nombreuses stations pour la cure du petit-lait. Toutes sont situées dans des lieux pittoresques, un grand nombre avoisinent les eaux minérales sulfurées et ferrugineuses.

Les établissements de ce genre qui se voient en France sont

peu nombreux et mal installés. Il serait cependant facile, suivant la remarque judicieuse de M. de Pietra-Santa, d'en fonder ou d'améliorer ceux qui existent déjà près de nos établissements thermaux, par exemple, en Auvergne, au Mont-Dore et à Royat; aux Pyrénées, aux Eaux-Bonnes, à Amélie-les-Bains; en Dauphiné, à Uriage; en Savoie, à Aix, à Evian; dans les Vosges, à Luxeuil, Bussang et Plombières.

J'ai souvent déjà parlé du koumys; j'y reviens une dernière fois pour dire que les cures de koumys se font dans une grande partie de la Russie. On sait que le koumys est, au moins en Tartarie, du lait de jument fermenté; que ce lait est très analogue au lait de femme et, comme lui, fortement sucré. Le koumys, qui résulte de sa fermentation, est un liquide d'un blanc bleuâtre, aigre, légèrement alcoolique et moussant fortement quand il est mis en bouteilles.

Ces cures ont habituellement lieu en mai ou en juin. Un certain nombre de Russes vont les faire chez les Baskirs, les Kirghiz et les Kalmoucks, pour les continuer même de retour chez eux.

Les doses sont proportionnées aux capacités stomacales des Russes, trois bouteilles par jour (il est vrai qu'il s'agit de koumys faible encore), deux le matin, une le soir après dîner. Du quatrième au huitième jour on ajoute une quatrième bouteille. Le huitième jour la cure est plus audacieuse; c'est cinq bouteilles qu'on ingurgite, et cette fois il s'agit du koumys fort. On s'élève ainsi graduellement de cinq à huit bouteilles quotidiennes. Il paraît que l'estomac (septentrional) tolère ces énormes masses de liquide, quand on les a progressivement augmentées.

Si l'on songe que le koumys contient une certaine quantité d'alcool, on comprend qu'une pareille cure ne soit pas seulement une cure lactée, mais une cure alcoolique; et qu'elle produise une sorte d'ébriété, exhilarante même, qui se termine souvent par le sommeil de l'ivresse. Il y a là évidemment excès. Cependant il paraît que les forces se relèvent et que l'embonpoint augmente. Les inconvénients de cette cure ébrieuse sont (on le conçoit de reste) les battements de cœur, les congestions vers la face, les hémorrhoïdes et même les hémoptysies.

La tuberculisation à marche chronique apyrétique, et même celle qui s'accompagne d'éréthisme nerveux, mais sans fièvre, s'accommodent bien de ce traitement. De pareilles cures n'ont été faites et ne peuvent guère l'être que dans les steppes. Cepen-

dant on s'occupe actuellement d'installer aux environs d'Alger quelque chose d'analogue (aux excès près ; car vraiment les doses que j'ai mentionnées tout à l'heure me paraissent excéder la raison, comme les aptitudes digestives de mes compatriotes).

Suivant M. Landowski, le koumys rétablirait le sommeil, calmerait la fièvre, diminuerait la toux, modifierait les crachats qui de purulents deviendraient peu à peu simplement muqueux, arrêterait même ou diminuerait les vomissements.

Ce que j'en sais d'expérience personnelle, c'est que chez certains malades, qui ne peuvent absolument pas supporter l'huile de foie de morue, le koumys est un excellent médicament. Je le conseille à la dose de trois ou quatre verres par jour ; verres à bordeaux d'abord, verres ordinaires ensuite (il s'agit d'estomacs français). Je n'ai jamais dépassé, ni essayé de le faire, une bouteille à une bouteille et demie par jour, et j'en ai obtenu des résultats parfois remarquables, entre autres chez une jeune dame de Rouen, tuberculeuse arrivant à la phthisie, chez laquelle le koumys contribua à restaurer les forces, comme les lotions fraîches rapidement pratiquées à supprimer les sueurs et à faire disparaître la fièvre.

L'usage des analeptiques gras est probablement dérivé de l'idée antithétique d'opposer le gras au maigre, de lutter par les substances adipeuses contre l'émaciation tuberculeuse. Mais encore faut-il que, pour une pareille médication, l'estomac consente. Le type de ces médicaments antagonistes de la maigreur est l'huile de foie de morue. Elle n'est acceptée que dans la période initiale et dans les formes apyrétiques de la maladie tuberculeuse.

A côté de l'huile de foie de morue se groupent les huiles de raie, de squale, de sardine, qui ne peuvent remplacer la première, bien que l'analyse chimique n'y décèle que des différences presque insignifiantes. Le mieux pour faire tolérer l'huile de morue est de la donner immédiatement avant le repas, quelquefois en faisant suivre l'ingestion de l'huile de celle d'une petite quantité de vin de quinquina ou de Bugeaud : une cuillerée à dessert ou une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue blonde, suivie ou non d'une quantité égale de vin de quinquina au bordeaux ou au malaga, et manger tout de suite. L'huile de foie de morue ne peut être ainsi donnée que lorsque l'estomac s'y prête, et la température extérieure également. On ne peut la faire prendre à certains malades chez lesquels elle provoque des vomissements

ou de la diarrhée. On ne peut guère la donner non plus pendant la saison chaude; enfin il est difficile de l'administrer pendant un long temps.

Chez des individus qui ne pouvaient supporter l'huile de foie de morue et qui avaient de l'anorexie, j'ai donné avec avantage de petites doses de caviar avant le repas, c'est-à-dire des œufs d'esturgeon conservés et quelque peu fermentés. Peu à peu on arrive à le faire prendre avec de petites doses d'huile de foie de morue.

Ou encore, on associe cette huile à des sardines, en la substituant à celle qui a servi à conserver celles-ci. Les sardines font digérer l'huile de morue, et tout est pour le mieux.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Des méthodes de vitesse en thérapeutique (1);

Par le docteur LUTON, de Reims.

2° *Conjurer les dangers dérivant, à des titres différents, du mal lui-même.*

Tant qu'il est possible d'atteindre un mal dans sa source même, c'est à ce procédé de traitement qu'il faut donner la préférence, comme au plus direct et au plus efficace. Mais bien souvent la cause morbide nous échappe, ou bien n'est déjà plus en activité; dès lors nous n'avons plus devant nous que des effets à combattre; notre intervention s'exerce par suite d'une façon moins heureuse, sans que nous soyons en droit de la marchander pour cela. C'est aux risques à courir qu'il faut nous en prendre; et diminuer d'autant ceux-ci, en abrégeant la durée de la maladie, ou bien en les combattant directement. Il y a, du reste, plusieurs cas à distinguer.

Au point de vue *mécanique*, on peut discuter, par exemple, les inconvénients du *croup*, de l'*œdème de la glotte*, d'un *épanchement pleural excessif*, d'une *occlusion intestinale*, d'une

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

thrombose veineuse, etc. Ici l'indication est formelle : *lever l'obstacle;* nous ne nous appesantirons pas sur des vérités de cette force; mais nous avons quelque chose de plus à dire relativement à la *pleurésie*, dans laquelle tout n'est pas mécanique.

Le danger dans la pleurésie vient surtout de l'épanchement, de son abondance et de son siège. A gauche, le mal est plus sérieux qu'à droite, à cause des déplacements du cœur qu'il entraîne. A n'envisager que la vitesse du traitement en elle-même, c'est à la *thoracentèse* qu'on aura recours ; et c'est ce qui se fait à présent d'une façon courante, alors que les procédés d'*aspiration* ont tant simplifié cette pratique. Cependant cette méthode n'est pas tellement indifférente en soi, qu'on ne soit encore porté à préférer un traitement médical, lorsqu'on n'est pas trop pressé par le temps. Il ne saurait néanmoins être question des *vésicatoires* à outrance : ce n'est certes pas là une médication de vitesse, et rien ne compense la cruauté d'un pareil moyen. Mais, par l'emploi méthodique de certains agents médicamenteux, on arrive souvent à des résultats très avantageux. Nous ne parlerons pas du *jaborandi*, dont nous n'avons qu'une faible expérience. Il n'en sera pas de même de la *digitale* et de l'*ergot de seigle*. La première, administrée sous forme de teinture alcoolique, et aux doses de 1, 2 et 3 grammes par jour, dans un véhicule approprié, fait tomber la fièvre en trois ou quatre jours ; et l'épanchement s'en va au même moment, avec une rapidité remarquable. Quant à l'ergot de seigle, il convient notamment dans ces épanchements récents et plastiques, qu'on peut voir se prendre en gelée, lorsqu'on a occasion d'extraire le liquide par la thoracentèse. C'est alors à une sorte d'hémorrhagie à laquelle on a affaire ; car, que manque-t-il à un tel exsudat pour être du sang, sauf la proportion des éléments constituants ? Nous avons vu, sans exagération, une pleurésie dans ces conditions disparaître en vingt-quatre heures, comme par *délitescence*, sans que nous ayons été édifié sur la nature du produit pathologique, autrement que par l'évènement lui-même. Ainsi on est autorisé à déclarer que si la pleurésie est l'une de ces maladies qu'il faut gagner de vitesse, on est suffisamment armé pour satisfaire à cette exigence, en dehors même de toute intervention chirurgicale.

Sur le terrain même de la *détermination morbide*, sans de-

meurer spectateur passif de l'évolution qui s'accomplit sous les yeux, on peut encore faire acte médical, et arrêter un mouvement mauvais de sa nature, ou mieux lui donner une autre direction. Si l'on envisage le processus pathologique dans son ensemble, on lui reconnaîtra trois stades successifs : le *névrosique,* le *vasculaire,* le *trophique.* Il est ordinairement assez facile d'agir sur les deux premières périodes du mal, sur l'élément nerveux et sur l'élément vasculaire ; il devient déjà moins aisé de réparer le trouble nutritif. Cependant, lorsqu'il n'est question que de productions embryonnaires et caduques, il y a lieu d'espérer une résorption, ou une évacuation de ces formations périssables. Quant aux tissus permanents, ils ont une tout autre signification, que nous apprécierons par la suite. Les moyens à mettre en usage en pareil cas, varient nécessairement, suivant la nature du mal, la forme qu'il affecte, et le degré d'organisation auquel il est parvenu. Ne citons qu'un seul exemple, et pour cause, la *pneumonie.* Cette affection est le vrai type de la phlegmasie parenchymateuse, évoluant franchement, et impressionnable conformément à sa cause. Prenons, si l'on veut, la pneumonie *à frigore*, ou rhumatismale, chez un jeune sujet affecté en pleine santé. Nous n'insisterons pas sur l'emploi des *saignées coup sur coup*, comme moyen abortif, parce qu'il est assez connu; et qu'en somme il ne s'agit là que d'un palliatif, répondant à une indication éventuelle. Nous ne parlerons pas davantage de la *potion de Razori*, qui ne convient que contre la pneumonie saburrale, par son action vomitive; ni de la *potion de Todd*, trop spéciale au génie anglais, et aux pneumonies de même nationalité. Mais nous savons enlever, par voie de jugulation, et en moins de vingt-quatre heures, des pneumonies franches, à tout instant de leur évolution, par le *cyanure de zinc*, cet agent antirhumatismal par excellence, qui opère d'autant mieux qu'il s'attaque à des cas plus récents et plus intenses. Cette méthode de traitement de la pneumonie est d'une efficacité tellement remarquable, que nous n'hésitons pas à l'inscrire parmi les moyens de vitesse en thérapeutique, et comme l'un des types les plus achevés dans ce genre. Nous le retrouverons à propos de l'affection rhumatismale, envisagée à un autre point de vue. Pour ceux qui voudraient mettre à l'épreuve notre assertion, nous dirons qu'on doit donner le cyanure de zinc, par 5 centigrammes, en pilule, de deux heures en deux heures, jusqu'à

effet produit ; et faciliter l'absorption du remède, en faisant suivre chaque dose d'une cuillerée de solution acidule, comme d'une potion à l'Eau de Rabel, par exemple. Nous conclurons, en disant : qu'une telle méthode, c'est la *délitescence* même mise à notre disposition.

A côté de l'évolution morbide sur place, se range d'abord le mode de généralisation des troubles pathologiques par *sympathie*.

La *diffusion par sympathie* est précoce et rapide ; elle est susceptible, d'autre part, d'être assez facilement enrayée dans sa marche. Cette influence joue effectivement le rôle d'une étiologie intime, comme si l'on était au point de départ d'une nouvelle série morbide ; on ne doit donc pas négliger de la combattre. Le traitement est encore ou *préventif* ou *direct* : on arrête tout un ensemble de troubles fâcheux, en chassant des *vers intestinaux*, des *calculs en voie de migration*, des *corps étrangers* faisant obstacle à quelque fonction, ou devenus irritants ; on traite une *affection de col de l'utérus;* on comprime un *nœud ovarien* (Charcot), etc. ; ou bien on *diminue l'aptitude à réagir* par l'*opium*, par le *chloroforme*, etc. Enfin dans certains états complexes, participant à la fois du trouble matériel local et des manifestations réactionnelles sympathiques, et dominés par une cause commune, on doit, quand elle existe, employer une médication spécifique, qui réponde à la fois aux deux indications : c'est ainsi que la *noix vomique* et la *strychnine* combattent, avec la plus grande efficacité, et le *delirium tremens* et les déterminations locales qui en provoquent l'explosion. Nous avons vu, sous ce nouvel aspect, la *pneumonie*, qu'on peut cette fois qualifier d'*alcoolique*, céder comme par enchantement devant ce remède héroïque.

Le mode de propagation des maladies au travers de l'organisme *par infection* est toujours dominé par cette pathogénie de second ordre, tout à fait semblable au fond à l'étiologie primaire ; seulement il s'accomplit un peu plus tardivement que par voie névropathique, et suppose un travail morbide plus approfondi. C'est ici que nous voyons les *produits putrides* envahir l'économie, les *thromboses veineuses désagrégées* semer partout les embolies capillaires, les *trichines intestinales* gagner le système musculaire, la *pustule maligne* devenir l'*affection charbonneuse* universelle, le *catarrhe des voies biliaires* engendrer la

cholémie, la *néphrite parenchymateuse* conduire aux accidents de l'*urémie*, etc., etc. Ce chapitre est l'un des plus riches et des plus intéressants de la pathologie ; on pourrait encore l'augmenter, si l'on y joignait les conséquences lointaines des diverses séries morbides, que nous nous sommes réservé d'étudier sous un titre à part. Cet aperçu suffit ; il indique en même temps ce qu'il y a à faire pour prévenir de tels résultats, ou pour les attaquer directement, alors qu'ils sont acquis. C'est la même conduite à tenir qu'au début du mal ; mais combien est précaire notre pouvoir, et quelle attention est nécessaire pour agir en temps opportun. Il faut, par exemple, neutraliser à coup sûr la pustule maligne dès sa première période ; car on ne connaît pas encore de moyen certain de guérir l'affection charbonneuse, qui résulte de la diffusion des *bactéridies*. De même la fièvre intermittente pernicieuse représente une succession d'infections qu'il n'est pas prudent de laisser se répéter au-delà de deux ou trois accès. Tout à l'heure on prévenait le danger, cette fois on l'a combattu corps à corps ; et la vitesse dans l'action est la condition même du salut. Que vaut à côté d'une médication aussi décisive le traitement des symptômes pris un à un ? et malheureusement la thérapeutique palliative est encore notre seule ressource dans la plupart des cas de la pratique.

3° *Prévenir les conséquences tardives* (*tertiaires*) *d'une affection ayant déjà accompli ses premières périodes.*

A côté des dangers immédiats que telle ou telle maladie en pleine évolution fait courir, il faut mentionner les suites possibles, et souvent méconnues, d'un mal, alors qu'il n'est plus. C'est ici que se rangent : les *rétractions cicatricielles*, les *rétrécissements d'orifices et de canaux*, le *retrait de la paroi thoracique après une pleurésie*, les *déformations lentes et progressives du squelette*, les *luxations spontanées des articulations*, les *gibbosités de la colonne vertébrale*, les *exostoses intracraniennes et intrapelviennes*, etc. C'est aussi le lieu de se demander comment germent et apparaissent la plupart des *tumeurs* ou *dégénérescences organiques ;* que soit-on relativement au début du *cancer*, des tumeurs en général ? Il importerait beaucoup d'être édifié à temps sur cette période primaire, pendant laquelle se fait l'incubation de tant de productions parasites, qui finissent par se substituer au support et par compléter sa ruine.

Il existe néanmoins une affection qui nous met sur les traces de l'évolution qui s'accomplit en pareil cas; c'est la *granulie*, ou l'affection tuberculeuse prise à son origine même. Dans ce fait le produit pathologique se manifeste au milieu d'une explosion d'accidents qui rappelle la marche d'une fièvre continue éruptive. Ici nous avons encore certains éléments d'action, bien fugaces, il est vrai ; et on nous permettra de rappeler que nous avons indiqué les préparations de *feuilles de noyer* comme jouissant d'une vertu réelle en cette occurrence. Il y a une heure, un instant, pendant lesquels on peut réussir; après quoi l'on retombe dans les interminables péripéties de la maladie tuberculeuse, et sans esprit de retour. Il nous paraît vraisemblable que beaucoup de dégénérescences organiques naissent au milieu de semblables circonstances, et qu'il s'est toujours rencontré un moment opportun pour agir (*occasio præceps*), sans que, dans l'état actuel de la science, on ait encore rien pu préciser à cet égard.

Au milieu de ces affections, qui marquent une fois pour toutes leur empreinte sur l'organisme, il en est deux qui méritent d'être particulièrement signalées : la *syphilis* et le *rhumatisme*. Nous n'insisterons pas sur la première, qui est bien connue dans tous ses détails, et qui est toujours assez accessible au traitement. Il n'en est pas de même du rhumatisme, dont l'action funeste ne s'arrête jamais, dès qu'elle a commencé ; soit par ses propres manifestations, soit par des traces qui ne s'effacent plus : sans compter une thérapeutique incertaine et peu efficace, malgré une richesse apparente.

Il importe d'autant plus de combattre énergiquement le rhumatisme à son origine, qu'il n'y a pas de maladie plus fréquente, ni dont l'influence se fasse sentir plus longtemps. On cherchait en vain un cœur, dans les autopsies, qui ne portât pas la marque de cette affection : *plaques laiteuses* du péricarde, *opacités des valvules*, etc. Puis une fois atteint, on est rhumatisant pour le reste de son existence, en dehors même des attaques de la maladie, par une certaine disposition idiosyncrasique qui s'étend jusqu'au moral de l'individu. Le rhumatisme porte bien, du reste, avec lui ce caractère d'endoartérite diffuse, qui en fait une affection inflammatoire universelle, et le constitue à l'état d'unité morbide parfaitement définie. Que n'en est-il pas ainsi du traitement antirhumatismal ? Aucune médication rationnelle ne s'impose absolument, et les moyens empiriques sont variés à

l'infini : preuve qu'on ne tient pas encore le vrai moyen de guérison. Dans l'appréciation de ces modes divers de traitement, il y a un *criterium* qu'il ne faut pas laisser de côté, c'est la *vitesse* ; on ne doit pas attribuer à telle substance d'influence sur le résultat total, alors que la maladie s'est usée d'elle-même. C'est ici le cas ou jamais d'aller vite en besogne : chaque jour de retard marque une nouvelle étape dans l'envahissement du mal ; et les risques s'accroissent d'instant en instant. Et, chose remarquable ! certaines médications réputées contre le rhumatisme agissent avec d'autant plus d'éclat, que la maladie est plus aiguë et plus récente. Nous pouvons en parler sciemment à propos du *cyanure de zinc*, que nous avons préconisé en pareille occurrence. Son triomphe, c'est dans ces rhumatismes francs, suraigus, avec pouls ample, rebondissant, alors que la fièvre angéioténique est dans toute son efflorescence ; et aussi contre ces pneumonies *à frigore*, véritables manifestations viscérales du rhumatisme dont nous avons déjà parlé. 15 à 20 centigrammes du remède, à doses réfractées, produisent des effets merveilleux, que nous avons pu comparer à la délitescence. Il est acquis également, de l'aveu de ceux qui l'ont prôné, que le *salicylate de soude* réussit d'autant mieux que le mal est plus aigu et plus proche de son origine. On doit donc agir délibérément, dans cette très courte période, pendant laquelle la réaction est violente et accuse une révolte de tout l'organisme contre la cause offensante. Plus tard, commencent les difficultés ; l'impression morbide est déjà tolérée ; le mal prend droit de domicile ; il y a des produits accumulés qui ne sont pas éliminés assez activement ; des dépôts métastatiques se forment, ils sont oubliés là ; l'absorption ne les reprend qu'imparfaitement, soit par l'insuffisance des émonctoires, soit par la faiblesse d'un organisme épuisé. Dès lors, tout est perdu : non seulement on ne peut plus songer à lutter de vitesse ; mais encore on arrive à peine à gagner sur le mal. Puis commence l'interminable série des troubles morbides et des désorganisations matérielles, qui n'ont plus pour terme que la fin même de l'existence : les complications cardiaques ne sont qu'un faible échantillon des dégâts que le rhumatisme peut accomplir dans l'économie la plus saine et la plus robuste au point de départ ; c'est tout le corps qui est entaché de ce vice radical, ou, pour mieux dire, le domaine tout entier de la membrane interne du système circulatoire, véritable

siège anatomique de cette affection protéique qu'on appelle RHUMATISME ! C'est pourquoi nous recommandons, avec la dernière instance, de combattre, par un surcroît de précautions, même puériles, tout début rhumatismal ; aussi bien la douleur musculaire *à frigore* que la fièvre la plus légère, qui, n'ayant aucune détermination topique apparente, peut être envisagée comme symptomatique d'une *endoartérite* aussi limitée qu'on voudra ; n'est-ce pas là la *fièvre angéioténique* de Pinel, l'*angiocardite* de Bouillaud ? Et parmi les moyens propres à lutter de vitesse contre ce danger insidieux et envahissant, nous proclamons, à une époque où il ne saurait être question des saignées à outrance d'autrefois, qu'il n'en est pas de plus sûr, de plus rapide ou de plus inoffensif, tout ensemble, que le *cyanure de zinc* (type des préparations cyaniques). Employé à la dose de 5 centigrammes à la fois, et à plusieurs reprises dans la journée, la muqueuse de l'estomac étant supposée en bon état et acide, il est un des médicaments de vitesse les plus incontestables qui existent, et peut certainement soutenir le parallèle avec le *sulfate de quinine*, avec le *colchique*, avec le *salicylate de soude*, etc., etc. Etant donné, enfin, son mode d'action physiologique, nous croyons pouvoir en faire une sorte de *digitale minérale ;* mais avec la facile tolérance et la promptitude d'effets en plus. Pour conclure, nous dirons : si l'on compare une détermination rhumatismale, inflammatoire, mais légère, à son début, avec ces altérations de valvules et d'orifices, avec ces athéromes du système artériel, comme aboutissant, en quelques années et même en quelques mois, on tremble d'avoir négligé, ayant le moyen de la combattre, l'indisposition bénigne qui a peut-être marqué le point de départ de la série, et cela d'autant plus que la médication, efficace en pareil cas, est d'un emploi facile, qu'elle est économique, et certainement exempte de tout inconvénient.

Procédant par types dans notre exposition, nous ne multiplierons pas davantage nos exemples, qui se pressent pourtant sous notre plume ; il ne nous reste donc plus qu'à passer rapidement en revue les corollaires qui se déduisent de nos trois principales propositions.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la trachéotomie dite en un seul temps ;

Par Louis Dubar,
Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Le jour où Bretonneau et Trousseau posèrent nettement les indications et les contre-indications de la trachéotomie, cette opération, jadis réservée à quelques cas d'extraction de corps étrangers des voies aériennes, se vulgarisa et devint une ressource précieuse, particulièrement dans le croup.

Le manuel opératoire, minutieusement réglé par Trousseau, fut longtemps appliqué sans conteste. Cependant le nombre des trachéotomies allait chaque année augmentant. L'expérience arriva à démontrer que, si une lenteur calculée et expressément recommandée donnait de grandes garanties au point de vue de la sécurité opératoire, cette manière de faire avait de nombreux inconvénients. On reconnut que des pertes de sang, souvent considérables, étaient très préjudiciables à des enfants déjà affaiblis par la maladie ; d'autre part, dans certains cas d'asphyxie avancée on ne peut pas porter un secours assez prompt aux petits malades. On en arriva à brusquer un peu, à accélérer les différents temps de l'opération. De là est né le procédé dit *rapide* ou *de Bourdillat*, procédé qui est encore aujourd'hui suivi par le plus grand nombre des chirurgiens. Mais la rapidité dans l'exécution amena souvent des difficultés dans l'ouverture du canal aérien et parfois quelques malheurs. C'est dans l'espoir d'assurer à l'opération une sécurité complète, tout en la rendant aussi rapide que possible, que M. de Saint-Germain proposa, en 1873, la crico-trachéotomie par le procédé dit *en un seul temps*.

Depuis cette époque le procédé de Bourdillat et le procédé de M. de Saint-Germain sont appliqués concurremment à l'hôpital des Enfants malades. Ce dernier fait chaque année quelques adeptes convaincus, qui en obtiennent d'excellents résultats. Mais à côté d'eux se trouvent des détracteurs qui lui adressent de nombreux reproches.

Pendant l'année que nous venons de passer à l'Enfant-Jésus, nous avons voulu comparer, sans parti pris, les deux modes opé-

ratoires. Après mûr examen, nous avons reconnu au procédé en un temps une supériorité marquée sur l'autre. Nous avons alors recueilli dans les livres les inconvénients qui lui étaient attribués; nous avons demandé à ses adversaires de s'expliquer sur les reproches qu'ils lui adressaient. Nous en avons tenu note. Chacun des griefs énoncés a été pour nous l'objet d'une étude spéciale. Soit en pratiquant des opérations sur le vivant, soit en expérimentant sur le cadavre, soit enfin en modifiant le trachéotome de M. de Saint-Germain, nous nous sommes efforcé de faire disparaître les moindres désidérata. Nos recherches nous ont conduit à classer les enfants en deux catégories au point de vue du lieu d'élection de l'opération ; à pratiquer pour les uns une crico-trachéotomie, et pour les autres une trachéotomie juxta-cricoïdienne. Nous aurons à faire valoir les raisons qui nous ont engagé à agir ainsi.

Nous diviserons notre travail en deux chapitres : dans le premier, après un court exposé des deux procédés de trachéotomie, nous passerons en revue et nous réfuterons les objections faites au procédé en un temps. Le second traitera, en insistant sur les points principaux, des préliminaires de l'opération et du manuel opératoire.

Nous prions notre cher et savant maître M. le docteur de Saint-Germain de recevoir nos sincères remerciements pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner et qui nous ont été si utiles pour mener à bonne fin ce travail.

I

PROCÉDÉ EN DEUX TEMPS — PROCÉDÉ RAPIDE DIT DE BOURDILLAT.

L'enfant est placé dans le décubitus dorsal, les épaules appuyées sur un coussin dur, la tête maintenue dans l'extension. On pratique au-dessous du cricoïde, préalablement reconnu, sur la ligne médiane, une incision de 2 centimètres et demi de longueur et de 1 centimètre de profondeur. Dans un second temps on va, avec l'indicateur de la main gauche introduit dans la plaie, à la recherche de la trachée. Lorsqu'on l'a reconnue, on l'incise verticalement dans une étendue suffisante pour introduire facilement la canule.

Procédé en un seul temps de M. de Saint-Germain ou laryngo-

TRACHÉOTOMIE. — L'enfant est maintenu dans la même attitude que précédemment, les épaules bien appuyées, la tête solidement fixée dans l'extension. Avec le doigt indicateur, on procède à la recherche du cartilage cricoïdien ou de l'extrémité inférieure du thyroïde, qui se reconnaît dans certains cas plus facilement que le cricoïde. Ce point de repère acquis, avec la main gauche on saisit le larynx entre le pouce d'une part, l'indicateur et le médius d'autre part, comme si on voulait l'*énucléer*. On le fait ainsi saillir fortement en avant. Dans tous les cas, on aperçoit alors un *sillon transversal* qui résulte de l'adhérence des parties profondes de la peau à la membrane crico-thyroïdienne, et dont la partie médiane correspond au point de repère précédemment reconnu. C'est là le lieu d'élection de la ponction.

Le bistouri, tenu de la main droite comme une plume à écrire, est fortement serré entre les doigts ; le médius, appliqué sur la face de la lame opposée à l'opérateur, limite à partir de la pointe un espace de 1 centimètre et quart, on l'enfonce alors perpendiculairement jusqu'à ce qu'une *sensation de résistance vaincue* vous annonce que vous avez pénétré dans le larynx. Assez souvent on entend un sifflement caractéristique. On imprime au bistouri un mouvement de scie vertical jusqu'à ce que l'incision atteigne 1 centimètre et demi ; on termine en abaissant le bistouri, c'est-à-dire en rapprochant son talon de la peau, de manière que l'incision cutanée, un peu plus étendue que l'incision trachéale, permette aux liquides de s'écouler facilement. Le dilatateur est introduit et la canule mise en place.

Cet exposé, aussi succinct que possible, des deux procédés nous était nécessaire pour donner plus de clarté à ce qui va suivre.

Les objections relevées contre la crico-trachéotomie s'adressent tantôt aux préliminaires de l'opération, tantôt à l'opération elle-même, tantôt enfin aux conséquences de l'opération.

Préliminaires de l'opération. — Pour certains auteurs, la fixation du larynx présente de grands inconvénients. M. Hillairet s'élève contre cette fixation absolue, en assurant qu'elle peut déterminer une asphyxie immédiate (1).

Cette opinion est vraie si le larynx est mal fixé ; elle est fausse si l'on suit scrupuleusement les préceptes de M. de Saint-Germain. Il n'est pas douteux, en effet, que l'application du pouce

(1) Boissier, Thèse, Paris, 1877, p. 62.

et du médius sur les faces latérales du cartilage thyroïde d'un enfant assez jeune, ne puisse rétrécir encore la glotte, déjà obstruée, et amener une asphyxie rapide; mais on n'aura pas à craindre cet accident si, au lieu d'appliquer les doigts sur les faces latérales du larynx, on les place derrière cet organe, comme si on voulait l'énucléer. Nous avons toujours constaté que la fixation du larynx, dans ces conditions, n'augmentait nullement la gène de la respiration. Mais dans certains cas il nous a été difficile d'obtenir cette énucléation. Nous avons reconnu que cette difficulté avait pour cause un renversement exagéré de la tête. Alors, en effet, la peau qui se trouve sur les parties latérales du larynx ne se laisse pas déprimer, et il est impossible d'atteindre les bords postérieurs du cartilage thyroïde.

Nous recommandons la manœuvre suivante qui, dans tous les cas, permettra d'atteindre le but que l'on se propose.

La tête se trouve dans une extension modérée. Vous placez les doigts qui doivent énucléer le larynx à 1 centimètre en dehors des faces latérales du thyroïde. Vous rapprochez alors ces doigts de manière que la peau vienne faire de chaque côté du larynx un pli assez prononcé. Vous pouvez alors enfoncer les doigts, la pulpe ne rencontre plus de résistance et peut venir s'appliquer facilement sur les bords postérieurs du thyroïde.

La fixation du larynx et, par son intermédiaire, de la trachée, peut donc être facilement obtenue et cela sans déterminer une asphyxie préjudiciable à l'enfant. Nous ne voulons pas insister ici sur l'importance considérable de cette fixation, qui supprime les mouvements de déglutition, les oscillations de tout l'arbre respiratoire. Tous ceux qui ont pratiqué des trachéotomies par le procédé de Bourdillat savent combien ces mouvements sont gênants, non seulement au moment de l'incision des parties molles, mais surtout au moment de la section de la trachée.

Nous aurons à revenir sur ce point.

Opération. — C'est au sujet de l'opération elle-même que les objections les plus nombreuses se sont produites.

L'insuffisance des points de repère dans la trachéotomie en un temps fait que l'incision sur la ligne médiane est aléatoire.

Cette insuffisance est-elle bien réelle? En procédant de bas en haut on peut le plus souvent reconnaître et bien apprécier : 1° la partie saillante ou médiane du cricoïde ; 2° l'extrémité inférieure du cartilage thyroïde ; 3° l'extrémité supérieure de ce même car-

tilage. De ces trois saillies, la pomme d'Adam est toujours très accusée, même chez les plus jeunes sujets ; l'extrémité inférieure du thyroïde se sent dans presque tous les cas assez facilement. Quant à la saillie du cricoïde, nous ne contestons pas que chez les enfants au-dessous de quatre ans elle ne soit souvent peu marquée et difficilement appréciable. Or, une ligne droite est parfaitement déterminée par deux points; donc ce ne sera que dans des cas très rares que cette direction médiane et verticale ne pourra être obtenue. Mais même alors l'opérateur ne manquera pas absolument de points de repère, puisque, comme nous l'avons dit plus haut, lorsque le larynx est soulevé, un sillon transversal, très accusé, se dessine au niveau de la membrane crico-thyroïdienne. Il lui suffira de tracer avec l'ongle ou avec une allumette noircie une ligne partant de la pomme d'Adam et tombant perpendiculairement sur le sillon transversal. L'intersection de ces deux lignes lui indiquera exactement et sans chance d'erreur le point où le bistouri doit être enfoncé.

Mais, disent les partisans du procédé en deux temps, il n'est pas nécessaire de se donner tant de peine ; pourvu que l'on soit à peu près sur la ligne médiane dans le procédé Bourdillat on n'a pas à s'inquiéter de ces minutieuses explorations. Car, dès qu'on est arrivé à la trachée, le doigt apprécie la convexité antérieur de cet organe, trouve facilement la ligne médiane et l'incision est pratiquée exactement sur le milieu.

Nous pensons, pour notre part, et nous en avons eu maintes fois la preuve, que cette prétendue facilité est exagérée. Il arrive, en effet, assez souvent que l'incision à la peau n'est pas exactement sur la ligne médiane, que le bistouri pénètre à travers les muscles sterno-cléidoïhyoïdien et sterno-thyroïdien ; que, d'autre part, la plaie ne s'étend pas jusqu'à la trachée. Il n'est pas alors commode de reconnaître cet organe. Le bistouri est réintroduit une fois, plusieurs fois; il peut dévier et s'engager profondément sur les parties latérales de la trachée. Alors même que la trachée est accessible au doigt, pour en reconnaître la ligne médiane, il est nécessaire d'écarter les muscles dans une certaine étendue, de produire là quelques décollements. Les mouvements du tube trachéal, qui n'est point fixé, viennent encore ajouter un nouvel embarras. Enfin, l'ouverture est faite, mais la plaie cutanée ne répond plus à la plaie trachéale. De là, des difficultés pour l'introduction du dilatateur et de la canule. Nous ne disons rien de

la perte de sang qu'éprouve le patient durant ces manœuvres, nous y reviendrons dans un paragraphe spécial.

Les points de repère sont donc absolument nécessaires pour la trachéotomie comme pour toute opération chirurgicale. Quelque minutieuse que soit leur recherche, il est indispensable d'en avoir pris une connaissance exacte pour la trachéotomie en un temps comme pour celle en plusieurs temps. Les négliger, c'est s'exposer à de grands mécomptes et compromettre le succès de son opération.

Autre objection : dans la trachéotomie en un seul temps, on procède *à l'aveuglette.*

A. On ne sait pas à quelle profondeur se trouvent le larynx et la trachée.

B. On n'a pas les moyens suffisants pour reconnaître dans tous les cas qu'on a pénétré dans le larynx ou dans la trachée.

C. On peut perforer la paroi postérieure du larynx ou de la trachée, voire même l'œsophage.

Un certain nombre de chirurgiens admettraient assez volontiers la possibilité de fixer solidement le larynx sans produire d'asphyxie. Ils reconnaîtraient également que les points de repère sont suffisants dans tous les cas pour diriger le bistouri ; mais pour eux, l'absence de notions précises sur la profondeur à laquelle on doit pénétrer, la difficulté qui existe à se rendre compte si on a ouvert ou non les voies aériennes, leur paraissent être une raison capitale de ne pas avoir recours à la crico-trachéotomie en un temps. Ils se renferment dans cette objection comme dans une citadelle imprenable.

Nous ferons tout d'abord remarquer que la connaissance de l'épaisseur des parties molles qui sont au-devant du larynx et de la trachée, présente sans doute un grand intérêt ; mais ce qu'il importe avant tout de préciser, c'est la *profondeur minima* à laquelle se rencontre la paroi postérieure du larynx et de la trachée. C'est, en effet, en-deçà de cette profondeur minima qu'il faudra toujours se tenir.

Nous avons fait sur le cadavre un certain nombre de mensurations, de manière à nous rendre compte : 1° de la distance qui sépare la peau de la partie postérieure du larynx et de la trachée ; 2° du diamètre antéro-postérieur du larynx et de la trachée dans le lieu d'élection de la trachéotomie en un temps. Une simple

soustraction nous donnait alors l'épaisseur des parties molles. Voici comment nous avons procédé dans tous les cas.

Un enfant est placé sur la table de l'amphithéâtre dans la situation de la trachéotomie. Nous avons sous la main deux bistouris, l'un pointu, l'autre boutonné. L'un et l'autre ont été préalablement gradués en quarts de centimètre, depuis la pointe jusqu'à une hauteur de 2 centimètres. Le larynx est fixé et porté en avant, comme il a été dit précédemment. Le bistouri pointu est introduit au niveau de la membrane crico-thyroïdienne, jusqu'à ce qu'une sensation de résistance vaincue indique qu'on a pénétré dans le larynx. Après avoir retiré le bistouri pointu, nous introduisons le bistouri boutonné jusqu'à la paroi postérieure du larynx, nous notons la quantité de lame introduite jusqu'au ras de la peau. Même opération immédiatement au-dessous du cricoïde. Nous disséquons la région jusqu'au larynx et à la trachée. Introduisant alors une seconde fois le bistouri boutonné, nous notons les diamètres antéro-postérieurs du larynx et de la trachée. Nous terminons en ouvrant le tube aérien avec précaution afin de nous assurer que les incisions ont bien porté sur la ligne médiane et que la paroi postérieure n'a pas été intéressée.

(La fin au prochain numéro.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

Des accidents qui peuvent survenir chez les morphiomanes; morphinisme et traumatisme (1);

Par M. le docteur L.-Henri Petit,
sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine.

Voici en effet d'autres observations fort intéressantes du même chirurgien :

Obs. IX. — *Ablation d'une tumeur du corps thyroïde chez un vieux fumeur d'opium ; mort subite au treizième jour* (Jamieson,

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

Customs Med. Rep., 1875-1876, n° 11, p. 57).—Cocher, âgé de trente-huit ans, admis à l'hôpital Gutzlaff le 2 mars 1876. Il était affaibli, mais sa santé générale semblait bonne. Il présentait une tumeur du volume du poing, située à droite du cou, occupant les triangles carotidiens supérieur et inférieur, et la partie antérieure du creux sus-claviculaire. Ce qui gênait surtout le malade, c'est que la tumeur l'empêchait de dormir par la suffocation qu'elle produisait. Restée stationnaire pendant plusieurs années, elle avait commencé à s'accroître il y a deux mois; elle était profondément située, sans avoir cependant d'adhérence intime en apparence avec les tissus et organes voisins. Pas de dilatation marquée des veines de la peau. A la palpation la tumeur était inélastique, mais donnait toutefois une sensation de fluctuation profonde à sa partie supérieure; la compression n'en diminuait pas le volume; on n'y pouvait trouver ni pulsation ni bruit anormal.

Le malade fut tenu en observation pendant quatre jours, ce qui permit de confirmer son assertion relative à l'impossibilité de dormir. Malgré les difficultés qui entouraient le diagnostic, et à la sollicitation pressante du malade, j'opérai le 6 mars.

Une longue incision fut faite sur la partie la plus proéminente de la tumeur, parallèlement et un peu en dedans du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Les couches aponévrotiques et le peaucier étant divisés sur une sonde, on aperçut la tumeur; on écarta l'omo-hyoïdien et le sterno-thyroïdien et on vit alors qu'on avait affaire à une hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde. On la sépara facilement de la gaine des vaisseaux carotidiens avec le doigt et le manche du scalpel, puis par la dissection de la trachée, entre les points de départ des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. A ce moment je blessai malheureusement une des veines supérieures, qui donna un flot de sang et me força à la lier. La tumeur grossit alors énormément, ressemblant à une portion de placenta faisant saillie hors de la plaie. Les vaisseaux supérieurs furent, autant et aussi rapidement que possible, isolés des parties voisines. Autour de ce pédicule, et le plus haut possible, on serra une forte ligature en soie, et une autre fut placée à 1 pouce et demi plus bas. On essaya d'en faire autant pour les vaisseaux inférieurs, mais on ne réussit pas aussi complètement; le pédicule inférieur étant fortement étreint dans une ligature de ficelle à fouet, je détachai la portion intermédiaire, laissant un moignon supérieur d'environ un demi-pouce, et un inférieur de trois quarts de pouce environ. Le moignon inférieur fut alors traversé par une sonde mousse et on la fit suivre par une ligature élastique qu'on lia de chaque côté. Les lambeaux cutanés furent maintenus en place à l'aide d'un point de suture.

La tumeur, qui comprenait tout le lobe droit de la glande, pesait, lorsqu'elle fut vide de sang, 400 grammes environ. Elle était entièrement solide, ne contenant aucun kyste. L'hémor-

rhagie fut abondante, mais elle aurait été relativement insignifiante si l'on n'avait pas blessé la veine.

Le pansement consista en un plumasseau de charpie imbibée d'huile douce, recouvert par un autre plumasseau imbibé d'huile phéniquée à 20 pour 100, par-dessus lequel on en mit un autre d'étoupe, et on maintint le tout en place par une cravate en coton. On injecta sous la peau un demi-grain de morphine deux fois par jour jusqu'au 10 ; alors, le pouls devenant plus fort, la dose fut portée à trois quarts de grain, et on donna chaque nuit 30 gouttes de laudanum. Le malade fumait depuis longtemps de l'opium. Pour nourriture on lui donna du lait et des œufs crus. Pendant les deux jours qui suivirent l'opération il y eut de la fièvre dans l'après-midi ; elle céda à la quinine. L'appétit fut bon après le premier jour, et le sommeil après la première nuit. Le 9, la suppuration étant complètement établie et le pus très fétide, on injecta fréquemment dans la plaie une solution phéniquée à 5 pour 100. La partie supérieure de la plaie était réunie. Comme il n'y avait pas eu de selle depuis l'opération, on donna une dose d'huile de ricin.

Du 9 au 17, tout alla le mieux du monde ; les ligatures tombèrent le 16 et la plaie paraissait remplie de granulations. Le régime était resté le même, et on continuait à faire garder au malade le repos absolu ; mais il fut impossible de le maintenir au lit. Dans l'après-midi du 19, pendant l'absence de l'assistant, il se leva et alla à la garde-robe dans une pièce voisine, où il eut une selle de matières très dures. Une demi-heure après son départ l'assistant revint et trouva l'opéré couché en travers de son lit, et mort. Autant qu'on put en juger il y avait environ une demi-once de sang dans les pièces du pansement. L'autopsie ne fut pas permise.

L'auteur ne fait accompagner ce cas d'aucun commentaire.

Pour nous, cette observation est tout à fait comparable à certaines de celles que l'on trouve dans la thèse de Péronne : *Sur le traumatisme chez les alcooliques*, et dans celle de Cauchois : *Sur la pathogénie des hémorrhagies secondaires.*

En effet, la fièvre survenue au deuxième jour et la suppuration fétide de la plaie, malgré le pansement à l'acide phénique, est déjà un phénomène anormal, que je n'ai presque jamais constaté, dans les observations publiées, que chez les opérés atteints d'altérations des viscères abdominaux, foie et reins en particulier. L'hémorrhagie survenue après la chute des ligatures est un phénomène commun chez les hépatiques, que l'hépatisme soit lié à l'alcoolisme ou à un autre état général morbide. Peut-être le malade de M. Jamieson était-il dans ce cas.

M. Reid rapporte un fait dans lequel la lenteur de la cicatrisation et l'abondance de la suppuration firent craindre une hémorrhagie à la suite de la ligature de la fémorale. C'est pourquoi nous le rapprochons du précédent.

Obs. X. — « J'ai eu l'occasion, dit-il, grâce à l'obligeance du docteur Mac-Kenzie, du *London Mission Hospital*, de lier l'artère fémorale superficielle avec une ligature en catgut phéniqué, pour un anévrysme poplité. Le patient était un fumeur d'opium invétéré, et présentait toutes les apparences d'une passion effrénée pour cette substance. On essaya d'abord la flexion, puis la compression de la fémorale, mais le sujet ne put supporter ces deux modes de traitement et refusa de se prêter à une nouvelle tentative de ce genre. L'artère fut liée au lieu habituel, mais sans les précautions antiseptiques. Toute l'étendue de la plaie suppura abondamment, et comme elle mit plus de trois semaines à se cicatriser, on craignit une hémorrhagie secondaire, mais l'anévrysme se consolida très heureusement. » (Dr A.-G. Reid, *Customs Med. Rep.*, 1876, n° 12, p. 16.)

Les choses se passèrent à peu près normalement dans les deux observations qui suivent. Il y eut une fièvre assez forte pendant quatre jours dans le premier cas, et une fièvre légère au cinquième jour dans le second, et ce fut tout.

Obs. XI. — *Résection du coude pour une ankylose ancienne chez un fumeur d'opium; pansement non antiseptique, fièvre pendant quatre jours; guérison.* — On fit la résection du coude chez un homme de vingt-trois ans, fumeur d'opium, pour une ankylose rectiligne consécutive à une ancienne fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, communiquant avec la jointure et compliquée d'une luxation partielle. Le condyle interne de l'humérus et l'olécrane paraissaient en place, mais la tête du radius se trouvait sur la face postérieure du condyle externe en contact avec le bord externe de l'olécrane. On fit une incision de 4 pouces et demi le long du bord interne de l'olécrane, et on fit la résection de l'extrémité inférieure de l'humérus par le procédé de Watson (voir *Edinburgh Med. Journ.*, mai 1873). Aucune ligature ne fut nécessaire. Les angles supérieur et inférieur de l'incision furent réunis par la suture métallique et on draina le foyer par la partie moyenne. La plaie fut pansée avec de la charpie sèche, et le bras fléchi et en pronation fut placé sur un coussin. Le lendemain soir, la température monta à 39°,6 et le pouls à 120; le troisième jour, la température était à 39°,3 et le pouls à 140. La plaie avait bon aspect. Comme le malade était constipé, on lui donna 10 centigrammes de calomel et 10 centigrammes de quinine toutes les quatre heures jusqu'à ce qu'on ait obtenu une

selle; puis on continua la quinine seule. Le cinquième jour, la température était normale. Le septième jour, il s'échappa de la plaie environ 1 once et demie de pus mélangé de sang, et depuis lors la guérison se fit progressivement. La cicatrisation était complète au bout de six semaines. (Al. Jamieson, *Customs Med. Rep.*, 1874, n° 8 de la série, p. 20.)

Obs. XII. — *Ostéo-sarcome du maxillaire inférieur chez un fumeur d'opium. Résection. Pansement antiseptique, Fièvre légère au cinquième jour. Réunion d'une grande partie de la plaie par première intention; guérison* (Al. Jamieson, *Customs Med. Rep.*, 1874-75, n° 9 de la série, p. 18). — Un Chinois âgé de trente-neuf ans, cuisinier, fut admis à l'hôpital Gutzlaff le 23 mars 1875, pour un ostéo-sarcome de la mâchoire inférieure s'étendant d'un angle à l'autre, et empiétant même un peu sur la branche montante du côté droit. L'os avait atteint une largeur de 3 pouces un huitième au point le plus développé, et son intérieur était percé de nombreux kystes dont l'un de 2 pouces et demi de long sur 2 pouces de large, et formé sans doute par la rupture de plusieurs autres, communiquant avec la joue par une longue fistule terminée par une surface ulcérée ayant environ les dimensions d'un demi-dollar. La difformité de la partie inférieure de la face était très marquée, mais les souffrances étaient surtout causées par l'envahissement du plancher buccal par la tumeur, qui déplaçait la langue, et rendait la parole et la mastication presque impossibles. La maladie datait de cinq ans environ.

Le malade était très affaibli, en partie par le défaut de nourriture, en partie par l'habitude de fumer de l'opium. Il était donc de la plus haute importance d'éviter toute hémorrhagie, et grâce aux soins et à l'habileté du docteur Little, qui voulut bien m'assister dans l'opération de la résection du maxillaire, la quantité de sang perdue fut remarquablement petite.

Le 24 mars, après anesthésie par le chloroforme, toute la masse morbide fut enlevée par une incision partant d'un demi-pouce au-dessus de l'angle du côté gauche jusqu'au point correspondant du côté droit. Les artères faciales et plusieurs petits vaisseaux furent liés aussitôt après leur division, les ligatures (en soie cirée) étant coupées au ras et laissées dans la plaie; puis, la tumeur mise à découvert fut enlevée par la section de la mâchoire faite de chaque côté sur les limites de l'os sain, c'est-à-dire obliquement depuis un point situé immédiatement au-dessous de l'insertion du ligament stylo-maxillaire jusqu'en arrière de la dernière molaire. La cavité fut alors remplie de charpie; un fil avec lequel on avait préalablement traversé la pointe de la langue, fut maintenu jusqu'à ce que les effets du chloroforme se fussent dissipés, les lambeaux furent réunis par cinq points de suture à bec-de-lièvre et plusieurs sutures entre-

coupées, puis on administra au malade 4 grammes de laudanum et on le reporta dans son lit.

Le lait fut très bien pris, et peu après on ajouta au lait du hachis de viande de bœuf cru. La bouche fut maintenue en état de propreté par des injections avec une solution phéniquée faible. Trente-six heures après l'opération, on enleva la charpie; une grande partie de la plaie était réunie.

Deux injections par jour avec la solution phéniquée et le pansement de la plaie avec de la charpie imbibée d'huile phéniquée à 3 pour 100 : tel fut le seul traitement employé.

Les sutures furent enlevées les 29, 30 et 31 mars; toute la plaie était réunie, sauf au point ou siégeait autrefois la surface ulcérée.

Le 29, il y eut un écoulement très abondant de salive, accompagné par une fièvre légère. Pour y remédier, on prescrivit une poudre composée de 3 milligrammes de sulfate d'atropine, 1 centigramme de chlorhydrate de morphine et 10 centigrammes de quinine, à répéter au bout de quatre heures ; la salivation fut immédiatement arrêtée. Le lendemain, comme on oublia de donner ce médicament, la salivation reparut et fut arrêtée par une troisième dose d'atropine. Jusqu'à la guérison ce symptôme ne causa plus d'ennui.

Le 9 avril, l'apparition d'une substance fibreuse ou fibro-cartilagineuse à la place de la portion d'os enlevée était très manifeste.

Le 10, la plaie opératoire était complètement fermée, il n'y avait plus d'écoulement de pus de dessous la langue.

Le malade sortit le 6 mai; il pouvait alors retirer la langue en arrière et la faire avancer un peu entre les lèvres. La difformité consécutive était très peu apparente, et les aliments ordinaires étaient mastiqués et avalés sans difficulté.

Le 9 mai, l'opéré se disait en très bonne santé.

Examen des causes attribuées aux accidents inflammatoires observés chez les morphiniques.

Ces causes sont les suivantes : 1° malpropreté de la seringue à injection ou du liquide injecté ; 2° état des tissus ; 3° état général du sujet.

1° *Malpropreté de la seringue et du liquide.* — L'influence de cette cause est incontestable ; presque tout le monde a observé des cas de ce genre, et la première des observations que nous a communiquées M. Trélat en est un exemple frappant. Mais beaucoup d'autres faits doivent reconnaître une autre cause. Tels sont ceux où les accidents sont survenus dans une région où l'on ne faisait pas de piqûres (Siredey, Trélat, Verneuil). Tel encore le fait suivant rapporté par M. Calvet (thèse citée, p. 32) :

quelques jours avant la mort du deuxième chien, on constata dans le tissu cellulaire sous-cutané des abcès consécutifs aux injections et cependant la liqueur avait été filtrée. La mention de ce fait par M. Calvet laisse croire que toutes les précautions étaient prises pour éviter toute cause d'accident provenant de l'opération elle-même. Aussi ajoute-t-il que le chien présentait des signes de cachexie et un amaigrissement considérable.

2° *Etat des tissus.* — Les modifications que les piqûres répétées et le contact du liquide injecté apportent à la structure de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané doivent jouer un rôle important dans la production des abcès localisés à la région des piqûres. Nous avons déjà vu la description de ces régions par M. Trélat. Celle de M. Desnos est à peu près la même : « Sous l'influence de ces irritations multipliées, dit-il, chaque piqûre devient au bout d'un certain temps le point de départ d'un petit dépôt plastique qui se résorbe avec plus ou moins de difficulté ; la peau de ces régions s'épaissit considérablement, en même temps que le tissu cellulaire sous-jacent revêt un aspect qui rappelle celui de la lèpre tuberculeuse. » (Thèse de Calvet, p. 61.)

Ces tissus ainsi modifiés nous paraissent pouvoir entrer dans la classe des tissus malades, et participer aux propriétés que M. Verneuil attribue à ces derniers, entre autres de s'enflammer facilement. Mais cette cause, pas plus que la précédente, n'est applicable aux accidents observés dans les régions vierges de piqûres, ni chez les sujets intoxiqués par l'opium à l'intérieur. Ceci nous conduit à examiner l'influence que peut exercer l'état général du malade sur la production de ces accidents ;

3° *Etat général du sujet.* — L'influence de cette cause me paraît être mise hors de doute dans les deux observations que j'ai signalées tout récemment dans le *Bulletin de Thérapeutique* (15 décembre 1878, p. 525).

Dans le premier cas, un sujet infecté de paludisme avait été atteint, à la suite d'une injection sous-cutanée de morphine, d'un phlegmon gangréneux qui s'est terminé par la mort. Quinze injections faites sur différents points du corps avaient passé inaperçues, et la seizième provoqua cet accident.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'un arthritique, qui subit impunément dix injections et qui fut pris, quatre jours après la onzième, d'un abcès volumineux de la région fessière.

Aucun de ces deux malades n'était encore intoxiqué par la

morphine, et je ne crois pas qu'on puisse attribuer les accidents survenus à autre chose que l'état général précité.

Quant à la constitution des morphiniques, elle est des plus complexes et il est bien difficile, sinon impossible même, de décider auquel des deux éléments qui la composent il faut attribuer une influence morbigène, ou la part d'influence qui peut revenir à chacun d'eux.

Est-ce au morphinisme seul, considéré comme intoxication du sang, et analogue alors à l'alcoolisme?

Est-ce à un état général surajouté au morphinisme, comme la grossesse, dans la première observation, ou l'albuminurie, ou le diabète, signalés par Levinstein chez les morphiomanes, ou bien encore à la combinaison des deux diathèses?

Est-ce aux lésions viscérales dont s'accompagnent ces états généraux, et dévoilées par l'albuminurie et la glycosurie?

Enfin, est-ce à la cachexie, résultat final de l'usage prolongé et excessif de la morphine, des troubles des fonctions digestives et des altérations viscérales?

Telles sont les questions que soulève l'apparition des accidents inflammatoires chez les morphiniques et qu'il serait, croyons-nous, prématuré de chercher à résoudre.

Nous ferons seulement remarquer : que les malades chez lesquels ces accidents ont été signalés avaient l'apparence de cet état auquel on donne communément le nom de *cachexie* ; — que chez les malades de MM. Trélat et Siredey, considérés comme cachectiques, on n'a pas examiné les urines ; — que l'opéré de M. Verneuil, également cachectique, ne présentait pas de glycosurie ; mais que le diabète est quelquefois intermittent, et qu'il n'est pas constant chez les morphiomanes, comme l'a indiqué Levinstein ; — d'où la nécessité de rechercher à l'avenir :

1° L'état des urines et des viscères chez les morphiomanes cachectiques et chez les morphiomanes non cachectiques ;

2° Si la glycosurie et l'albuminurie sont des phénomènes de la cachexie morphinique ou d'une période antérieure ;

3° A laquelle de ces périodes appartiennent les accidents que nous venons de signaler, et dont la pathogénie est encore entourée de tant d'obscurité.

Nous ne voulons pas insister davantage sur ce côté encore tout hypothétique de la question, notre but étant simplement de signaler la possibilité d'accidents graves chez les morphiniques et

de provoquer la publication d'autres faits analogues. Nous nous bornons donc à indiquer les points qui nous paraissent mériter toute l'attention des observateurs, et en particulier de nos confrères qui exercent dans les contrées où sévit la morphiomanie à l'état d'injections ou de fumée.

CORRESPONDANCE

Hoquet rebelle datant de sept mois guéri en deux heures par le jaborandi.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Il y a un an environ, j'envoyais au *Bulletin général de Thérapeutique* une observation concernant un hoquet rebelle contre lequel, après avoir employé sans succès l'électricité et les médicaments les plus vantés contre cette affection spasmodique, j'avais finalement réussi à débarrasser mon malade par l'emploi du chlorhydrate de pilocarpine en injection sous-cutanée.

Je vous adresse aujourd'hui une observation peut-être plus curieuse, où, comme dans le premier cas, le jaborandi a fait merveilles en faisant disparaître, en quelques heures, un hoquet datant de sept mois.

Voici le fait en quelques mots :

Mardi 1er avril, se présente à ma consultation une femme âgée de cinquante-six ans, Adèle Colnor, demeurant à Paris, rue Fontenelle, 5, à l'entre-sol ; elle est affectée du hoquet rebelle datant de sept mois.

Quelques jours après le début de ce hoquet, elle entra à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Marie, lit 15, service de M. le docteur Proust, elle y resta un mois et en sortit guérie ; mais quinze jours après le hoquet reprit de plus belle, elle retourna à la consultation de Lariboisière et y fut électrisée tous les deux jours pendant cinq mois ; enfin, n'obtenant aucun résultat;elle se décida à venir à Lille pour me voir (je lui avais déjà donné mes soins dans cette ville où elle avait demeuré très longtemps).

Le hoquet est presque continu de trente à quarante fois par minute, sans vomissements ; la femme est amaigrie et a quelquefois, me dit-elle, des intervalles de cinq à dix minutes où le hoquet s'arrête pour recommencer bientôt.

Etant dans mon cabinet et ne pouvant lui faire une injection sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine, je lui prescrivis la potion suivante :

Feuilles et tiges de jaborandi...... 4 grammes.
Eau.............................. 150 —
(quinze minutes de décoction et passez).

A prendre en deux fois à quinze minutes d'intervalle.

Pris à dix heures du soir, le médicament détermina ses effets habituels, salivations, transpiration abondantes, quelques vomissements, et deux heures après son ingestion le hoquet était parti.

Cette femme est venue me voir aujourd'hui 10 avril, ayant attendu huit jours pour voir si son spasme ne reviendrait pas et pouvant à peine croire à une guérison si rapide (1).

Je n'ajouterai aucune réflexion à ce simple exposé du fait, m'en rapportant à ma première communication faite à ce sujet au *Bulletin de Thérapeutique*. Mais ces deux cas ne sont-ils pas concluants ? et ne me donnent-ils pas le droit d'engager mes confrères à ne jamais désespérer d'un malade atteint de cette affection, parfois si rebelle, tant qu'ils n'auront pas employé le jaborandi ou son principe actif, la pilocarpine ?

Dr ORTILLE (de Lille).

BIBLIOGRAPHIE

Leçons cliniques sur les maladies du foie, suivies des leçons sur les troubles fonctionnels du foie, par le docteur Charles MURCHISON, traduites de l'anglais, sur la seconde édition, par le docteur Jules CYR, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Vichy. Grand in-8° de 660 pages, avec quarante-six figures dans le texte. Paris, 1878 ; chez Ad. Delahaye.

L'ouvrage dont nous présentons la traduction française aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* a pour objet de réunir en substance tout ce que nous possédons de connaissances cliniques sur les maladies du foie. Ce n'est pas, à proprement parler, un traité didactique ; après de longues années d'observations et d'études spéciales de ces maladies, — aux Indes Orientales d'abord, sous un climat où elles acquièrent, comme l'on sait, un caractère particulier de fréquence et de gravité, puis à Londres, dans le vaste service qu'il dirige à l'hôpital Saint-Thomas, l'auteur a pensé faire œuvre utile en publiant les résultats de ses recherches et de son expérience personnelles, et en résumant ce qu'il y a de plus pratique et de plus admissible en pathologie et en thérapeutique hépatiques.

L'ouvrage se compose de seize leçons. Dans la première l'auteur indique les dimensions normales et les limites de l'organe, puis il passe en revue les circonstances qui peuvent faire croire à une augmentation de volume qui n'existe pas et les moyens de reconnaître ces pseudo- aug-

(1) Depuis, une lettre du mari de cette malade est venue montrer que cette guérison ne s'est point démentie, et qu'aujourd'hui cette malade est en parfait état de santé.

mentations de volume. Neuf figures originales et huit observations facilitent l'intelligence de ce sujet important.

Les six leçons suivantes sont consacrées à l'étude des maladies qui produisent l'augmentation réelle du volume du foie. Nous avons remarqué la partie relative à la « tumeur hydatique ». Comme méthode générale de traitement, Murchison s'y montre partisan de l'évacuation *partielle incomplète* du kyste à l'aide du trocart fin; un résumé de cent trois opérations permet d'apprécier les avantages et les inconvénients de cette méthode. — La huitième leçon traite de la diminution de volume du foie et des atrophies de l'organe. Les trois suivantes sont réservées à l'ictère, la douzième à l'ascite, la treizième à l'hépatalgie, aux calculs et à l'augmentation de volume de la vésicule. — Les trois dernières leçons enfin ont pour objet les « troubles fonctionnels du foie ». Sous ce titre l'auteur examine les manifestations et symptômes éloignés des maladies de foie, puis il étudie les diverses conditions morbides générales, les vices de nutrition et les états dyscrasiques que l'on peut à bon droit mettre sur le compte d'un fonctionnement irrégulier de l'organe.

Comme on le voit, ce cadre embrasse assez bien l'ensemble des maladies du foie, et, bien que l'auteur se défende d'avoir voulu écrire un traité complet, on trouverait difficilement un seul point important de la pathologie hépatique qui fût oublié. — Ce qui distingue les leçons de Murchison, des divers ouvrages publiés sur le même sujet et ce qui le recommande plus particulièrement à l'attention des médecins, c'est son caractère éminemment pratique. « Il y a, dit l'auteur, peu de maladies plus difficiles à reconnaître que les maladies du foie, il n'y en a peut-être pas où les erreurs de diagnostic soient plus fréquentes... » Aussi néglige-t-il volontiers les faits exceptionnels ou d'un intérêt purement scientifique pour insister avec le plus grand soin sur toutes les questions de symptomatologie, de diagnostic différentiel, de pronostic et de traitement.

Tel est le livre que M. le docteur Cyr a eu la bonne idée d'importer parmi nous; nous ne terminerons pas cette courte analyse sans féliciter le nouvel inspecteur adjoint des eaux de Vichy de la manière brillante dont il s'est acquité de sa tâche. Sa traduction est un modèle de clarté, d'élégance et de précision, et les nombreuses annotations qu'il a ajoutées au texte complètent heureusement l'ouvrage, en rappelant à propos les principaux travaux de l'école française.

Dr CAULET,
Médecin-inspecteur des eaux de Saint-Sauveur.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 6 et 13 mai 1879; présidence de M. Richet.

Sur la pleurésie multiloculaire. — M. Jaccoud félicite M. Raynaud de la communication qu'il a faite dans la précédente séance, mais il tient à relever plusieurs points de cette communication. Relativement à la première observation, M. Raynaud est dans son droit quand il repousse les preuves tirées de l'autopsie. Mais il ne peut pas accepter celles tirées des trois ponctions. M. Jaccoud persiste à croire que ce fait est de ceux dans lesquels la ponction prend, comme il l'a dit, la valeur d'une autopsie de l'épanchement. Quant aux adhérences générales du poumon, M. Raynaud ne partage pas les craintes exprimées par M. Jaccoud, parce que l'un et l'autre se placent à un point de vue différent; M. Raynaud n'envisage les conséquences de ces adhérences qu'au point de vue du poumon lui-même ou de la plèvre, tandis que M. Jaccoud, en exprimant ces craintes, avait en vue les accidents résultant du déplacement du cœur.

Sur la septicémie puerpérale. — M. Hervieux veut défendre M. Pasteur contre les amis de M. Pasteur lui-même, contre ces adeptes trop zélés qui transforment prématurément une présomption en certitude, une hypothèse en vérité démontrée. La théorie des germes est encore enveloppée de nombreuses obscurités. Le microbe présumé de la septicémie puerpérale est-il le produit ou la cause de la maladie? Il n'est pas probable qu'il soit la cause puisqu'on le trouve, d'après M. Pasteur, un peu partout, dans les eaux communes dont les femmes en couches se servent journellement, et que, d'autre part, la fièvre puerpérale est à peu près inconnue dans beaucoup de localités. Et, puisqu'on le trouve partout, ce n'est pas la fièvre puerpérale qui le produit. Ce que l'on sait certainement, ce qui est démontré, c'est que l'agglomération produit la fièvre puerpérale, comme, dans d'autres circonstances, elle produit le typhus, la morve, le farcin, etc. Mais, répondent les partisans des théories de M. Pasteur, l'agglomération est nuisible parce qu'elle crée le microbe. Mais non, puisqu'on le trouve partout, ainsi qu'il a été dit plus haut, et que si l'agglomération le créait, M. Pasteur lui-même devrait reconnaître que la génération spontanée est découverte. L'agglomération, en viciant l'air, prépare au microbe un milieu de culture des plus favorables, voilà tout. Cette viciation de l'air, c'est ce qu'on appelait le « miasme infectant », c'est un poison véritable.

D'ailleurs, le microbe dont on parle ne serait pas simple comme tous les virus; il serait double; ce serait tantôt le microbe en chapelet, tantôt le bâtonnet étranglé. Sait-on bien ce que c'est? De plus, ce microbe n'aurait rien de spécifique, puisqu'on le retrouve dans la diphthérie, la fièvre typhoïde, la flacherie, etc., etc.

Si la théorie des germes était acceptée aujourd'hui, il n'y aurait plus qu'un objectif, à savoir, la destruction du microbe par l'acide borique; mais toutes les précautions hygiéniques et prophylactiques seraient certainement négligées.

M. Pasteur se borne à répondre que le sujet est, en effet, rempli d'obscurités et exige de nouvelles et longues études. Pour montrer que les virus ne se comportent pas toujours de la même façon, il invoque l'action du horse-pox, maligne pour l'homme et bénigne pour la vache.

M. Depaul s'étonne d'entendre dire que le horse-pox est un virus nuisible à l'homme, et proteste contre cette assertion ; en effet, il a plus de vingt fois inoculé le horse-pox à des enfants, et a ainsi obtenu des pus-

tules vaccinales plus développées, plus intenses, mais sans jamais constater le moindre accident. M. Bouley a présenté lui-même à l'Académie un enfant vacciné avec un autre enfant qui avait eu le horse-pox. Cet enfant portait simplement des pustules plus développées.

M. Pasteur dit que, pourtant, les faits de Jenner et celui du jeune élève d'Alfort sont des faits bien observés.

M. Depaul affirme que jamais Jenner n'a dit que le horse-pox, qu'il appelle « les eaux aux jambes », donnait lieu à des accidents autres que ceux auxquels peut donner lieu la vaccine elle-même (inflammations, adénites, etc.), et encore ces faits sont-ils tout à fait exceptionnels.

M. Colin a inoculé à des chevaux le liquide des eaux aux jambes, et n'a jamais pu, à la suite de ces inoculations, constater d'accidents septicémiques ou autres.

M. Hervieux dit que, dans sa communication, il a voulu surtout s'élever contre les exagérations des partisans trop zélés de la théorie des germes. Il est d'accord avec M. Pasteur sur les obscurités qui règnent encore sur la question ; mais ce qu'enseigne la nosologie ne s'accorde pas avec ce que donne la théorie des germes.

Le bâtonnet étranglé, le microbe en chapelet si bien étudiés par M. Pasteur, se rencontrent dans des états pathologiques très différents, la fièvre typhoïde, la lymphangite, la diathèse purulente, etc. Or, ce fait est en contradition absolue avec ce qu'enseigne la clinique sur la reproduction des virus. Le même virus, en effet, produit toujours les mêmes phénomènes morbides.

Quant au moyen préconisé par M. Pasteur, M. Hervieux n'éprouve aucune répugnance à s'en servir.

M. Bouley partage l'opinion exprimée par M. Depaul relativement à l'innocuité du horse-pox inoculé à l'homme. Le fait de l'élève d'Alfort, invoqué par M. Pasteur, est un fait complexe ; cet élève soignait un cheval auquel on avait pratiqué l'extraction du cartilage du pied et qui était en pleine suppuration quand il fut atteint des eaux aux jambes. En même temps que le horse-pox, l'élève Amiot a donc pu s'inoculer d'autres matières septiques.

M. Panas pense que, le mot d'« ostéomyélite » ayant servi jusqu'ici à caractériser plus spécialement l'inflammation qui débute par le centre de l'os, il y aurait inconvénient à l'employer, comme M. Trélat, pour désigner toutes les formes de l'ostéite en général. Il croit, comme M. Gosselin, que le processus inflammatoire des os, loin de débuter toujours par la profondeur, envahit souvent la totalité de l'os au point qu'il est impossible de dire par où la phlegmasie a commencé. L'explication de ce fait se trouve dans la distribution anatomique des éléments de la moelle, qui se rencontrent partout, aussi bien au centre et dans l'épaisseur de l'os que sur le périoste. C'est ici qu'éclate la dissidence entre M. Gosselin et MM. Trélat et Panas. Tout ce qu'a dit M. Panas d'une moelle périostale et canaliculaire se rapporte exclusivement aux enfants et aux adolescents. Chez l'adulte, où les conditions de nutrition et de structure histologique du squelette diffèrent à plus d'un titre de celle des os en voie de croissance, on conçoit que l'ostéite puisse se localiser dans ses effets et être par cela même moins grave. Du reste, chez les uns et chez les autres, les conditions générales interviennent pour imprimer à l'ostéite une marche et une terminaison différentes.

M. Gosselin voudrait qu'on se mît d'accord, si possible, avant d'aller plus loin. MM. Trélat et Panas n'entendent pas, par le mot « moelle », la même chose que les anatomistes français, dont M. Gosselin adopte les opinions. Dès lors, il est impossible de se comprendre mutuellement.

M. Pasteur, à l'occasion du procès-verbal, présente quelques observations sur le *grease* de Jenner, dont il a parlé dans la dernière séance d'une manière occasionnelle, comme provoquant des manifestations morbides beaucoup plus intenses en général que le cow-pox transmis de la vache aux hommes. A l'appui de ce qu'il a dit, il rapporte le texte de quelques-unes des observations de Jenner. Ce sont peut-être, dit-il, les seuls faits que l'on connaisse où il y ait eu passage direct du grease à

l'homme, et dans tous il y a eu une intensité du mal accidentel ou inoculé bien plus accentuée que dans la vaccine, qui n'offre de symptômes sévères qu'à titre exceptionnel.

Tuberculose inoculée. — M. Colin, pensant qu'un tubercule introduit dans l'économie pouvait se développer et se multiplier comme élément anatomique non déplacé, a, dans ces derniers temps, fait des expériences dans ce sens. Il y a quatre mois, ayant trouvé un lapin atteint de tuberculose intestinale, il a inoculé deux autres lapins avec une très petite quantité de ces tubercules. Huit jours après, chez ces animaux, se sont formées des élevures au niveau des piqûres, élevures qui n'ont pas tardé à s'ulcérer. En même temps ces deux lapins ont commencé à maigrir. L'un d'eux a été tué au commencement de la huitième semaine; il portait des bubons tuberculeux, et l'on trouva des tubercules dans les reins, dans le foie, dans les poumons, les uns à l'état de granulations, les autres arrivés déjà à l'état caséeux. Une très faible quantité de tubercules introduite dans l'économie avait donc produit, chez cet animal, une tuberculisation très intense.

Le second lapin a été conservé tant qu'il a vécu; il était pesé toutes les semaines et perdait chaque fois une partie considérable de son poids, au point qu'il était tombé dans un véritable marasme. Il a fini par succomber. A l'autopsie, M. Colin a trouvé des lésions remarquables ; il y avait d'abord des bubons tuberculeux ; tous les viscères, sauf le foie, étaient infiltrés de tubercules ; ceux-ci étaient disséminés dans les poumons, la plupart à l'état caséeux ; il n'y avait pas de communications ouvertes avec les bronches. On trouva également des plaques tuberculeuses dans les membranes séreuses (plèvre, péritoine), dans toutes les séreuses des articulations, dans les synoviales tendineuses elles-mêmes. Il y en avait aussi dans les méninges ; l'arachnoïde était parsemée de plaques correspondant à des tubercules des os du crâne. Enfin les os et les muscles étaient aussi tuberculeux.

Dédoublement des opérations cérébrales. — M. Luys donne lecture d'un travail ayant pour titre : « Etudes sur le dédoublement des opérations cérébrales et sur le rôle de l'activité isolée de chaque hémisphère dans les phénomènes de la pathologie mentale ».

Ce travail contient trois ordres de documents anatomiques, physiologiques et pathologiques. La partie de ce mémoire dont il a été donné lecture dans cette séance comprend les documents anatomiques physiologiques de la question. Voici le résumé de cette première partie de la lecture de M. Luys :

1° Dans les conditions normales du fonctionnement du cerveau, les hémisphères sont doués d'une certaine autonomie;

2° L'hémisphère gauche, plus hâtif dans son développement, est aussi celui qui présente le plus de masse. En général il surpasse son congénère de 5 à 6 grammes, normalement, en poids;

3° Si les lobes cérébraux, au point de vue de certaines opérations psychiques d'ensemble, agissent d'une façon synergique, il existe par contre un certain nombre de circonstances dans lesquelles cette synergie cesse d'exister. Ainsi, dans l'action d'articuler des sons et de tracer de la main droite des caractères graphiques dans le langage oral ou dans le langage écrit, c'est l'hémisphère gauche seul qui entre en action;

4° Dans l'action de jouer des instruments de musique et du piano en particulier, la culture crée des conditions artificielles de l'activité cérébrale en vertu desquelles chaque lobe agit isolément, d'une façon indépendante de son congénère, non seulement au point de vue des phénomènes psychomoteurs, mais encore au point de vue des opérations mentales, pour lire la musique, assembler des souvenirs, accomplir des opérations de jugement et ordonner des actes moteurs coordonnés ;

5° Dans le domaine de la pathologie mentale ces aptitudes naturelles à l'activité autonomique de chaque lobe cérébral sont susceptibles de se révéler avec un grand caractère d'énergie.

Chez les aliénés l'écart en poids entre la masse des lobes cérébraux est beaucoup plus grand que normalement. La déséquilibration entre chacun d'eux est beaucoup plus accentuée. C'est le lobe droit qui, dans ces cas, absorbe à lui seul l'activité trophique. L'écart, au lieu d'être de 7 grammes, s'élève quelquefois jusqu'à 25 à 30 grammes (sans lésion destructive).

Nouveau mode de préparation du cerveau humain. — M. LE DOCTEUR ARMAND PAULIER, ancien interne des hôpitaux, présente des fragments de *cerveau humain* préparés d'après une nouvelle méthode.

Son procédé permet :

1° D'obtenir ensemble l'arachnoïde et la pie-mère cérébrale avec le prolongement que cette dernière envoie dans l'intervalle des circonvolutions ;

2° De montrer la distribution de la substance blanche dans les circonvolutions et son épanouissement en éventail jusque dans les couches superficielles de l'écorce grise ;

3° De diviser cette substance blanche en couches plus ou moins épaisses qui peuvent elles-mêmes se subdiviser en un nombre infini de lamelles ;

4° D'étudier les différents modes de stratification de ces lamelles, leur enroulement autour des circonvolutions, et les dispositions extrêmement variées qu'elles peuvent présenter suivant les régions ;

5° De rendre très visible la bande blanche décrite par Vicq-d'Azyr dans l'épaisseur de l'écorce grise et de montrer que cette disposition n'existe qu'au niveau de la partie postérieure de la grande fente cérébrale, dans les circonvolutions que sépare la faux du cervelet ;

6° D'enlever toute l'écorce grise du cerveau de manière à ne conserver que la substance blanche, et d'étudier dans son ensemble, sur un hémisphère entier ainsi préparé, la masse blanche centrale avec ces prolongements dans les circonvolutions ;

7° De constater que la couche la plus superficielle de l'enveloppe grise du cervelet peut s'enlever facilement dans toute son étendue, sans entamer les couches sous-jacentes, comme s'il n'y avait entre ces deux couches qu'une simple superposition ; qu'elle peut s'enlever également dans l'intervalle des feuillets de l'arbre de vie, en laissant entre eux des sillons plus ou moins profonds ;

8° D'étudier dans ses détails le faisceau des fibres convergentes postérieures, décrit par M. Luys, dans l'épaisseur du lobe occipital.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 7 et 14 mai 1879 ; présidence de M. TARNIER.

Hémorrhagie consécutive à l'extraction d'une dent chez un hémophile et ayant nécessité la ligature de la carotide primitive ; guérison. — M. FARABEUF. L'hémorrhagie, chez le malade de M. Hémard, médecin major de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, s'étant reproduite dix fois et ayant mis cet homme en danger de mort, la ligature fut décidée de l'avis de six consultants et pratiquée le 8 juillet dernier. Plusieurs hémorrhagies capillaires se produisirent par la bouche et les fosses nasales jusqu'au 21 juillet, jour de la chute du fil, puis disparurent peu à peu.

M. Hémard a employé tous les moyens locaux ordinairement en usage et plusieurs médicaments internes, limonade sulfurique, tannin, ergotine, sulfate de quinine, etc.

Les urines, examinées le 21 juillet, contenaient de l'albumine et, d'après l'auteur, une surabondance de phosphates. M. Hémard tend à admettre que l'hémophilie chez ce malade était due à l'altération du sang.

M. Hémard s'est prononcé pour la ligature de la carotide primitive, pensant éviter ainsi plus facilement les hémorrhagies secondaires qu'après

la ligature de la carotide externe. Ces craintes sont certainement exagérées. Chez les hémophiliques, ce sont surtout les hémorrhagies capillaires, les suintements de sang que l'on observe, plutôt que les hémorrhagies par les gros vaisseaux.

M. Tillaux. Ces cas sont très difficiles; mais je voudrais savoir si M. Hémard a employé d'abord tous les moyens locaux que l'on peut mettre en usage. J'ai eu à soigner, il y a deux ans, un étudiant en médecine, chez lequel j'ai pu arrêter une hémorrhagie très abondante et de même nature en employant un bouchon de cire placé dans l'alvéole et de plus en pratiquant ou faisant pratiquer pendant vingt-quatre heures la compression digitale.

Il y a une autre objection déjà faite par M. Farabeuf, mais que je répéterai en termes plus formels. Je n'accepte pas que, pour une hémorrhagie siégeant certainement sur une des branches de la carotide externe, on fasse la ligature de la carotide primitive. Les statistiques montrent que la ligature de la carotide primitive est beaucoup plus grave; d'autre part, on est moins certain du succès, en liant cette artère qu'en liant la carotide externe. Dire que cette dernière ligature est plus difficile, ce n'est pas une raison suffisante.

M. Verneuil. Je me rattache absolument à ce que vient de dire M. Tillaux au sujet de la ligature. D'autre part, l'affection appelée « hémophile » ne me paraît nullement démontrée. Il est tout aussi facile de rapporter les hémorrhagies rebelles à l'albuminurie qu'à l'hémophilie. M. Hémard admet que son malade avait de la phosphaturie. Cet homme avait 4 grammes de phosphates par litre d'urine, et la quantité normale est de 5 grammes par jour. Le malade a guéri à partir du jour où on lui a donné du sulfate de quinine.

Un stagiaire de mon service eut une hémorrhagie dentaire que M. Duret, aide d'anatomie à la Faculté, ne pouvait arrêter; sur mon conseil M. Duret lui fit prendre 1 gramme de quinine à la suite duquel l'hémorrhagie s'arrêta complètement. Quarante-huit fois sur cinquante, les hémorrhagies dentaires sont d'origine diathésique, c'est donc aux médicaments internes qu'il faut s'adresser.

M. Magitot. Je me suis souvent trouvé aux prises avec des hémorrhagies dentaires; j'en ai toujours eu raison au moyen de bouchons non en cire, mais en gutta-percha, au moins en l'absence de délabrements du voisinage.

M. Le Fort. On vante beaucoup les bouchons de cire dans ces cas, c'est un très mauvais moyen ; la cire n'est pas adhérente; le sang passe sur les parties latérales, à moins qu'on ne maintienne le doigt dessus.

M. Després. Le bouchon de cire m'a réussi dans deux cas, en particulier chez un malade diabétique qui s'était fait enlever plusieurs dents pour se faire mettre un ratelier. Comme le malade n'avait plus de dents, j'ai pu lui faire rapprocher les mâchoires et la compression ainsi produite a suffi pour arrêter l'hémorrhagie.

De l'ostéomyélite. — M. Trélat. M. Lannelongue et moi nous sommes d'accord sur cette question de l'ostéomyélite, sauf sur quelques points de détails. L'année dernière, dans une discussion à propos de la désarticulation de la hanche, j'ai cité le cas d'un malade que j'amputai à cinquante-sept ans pour une septicémie subaiguë consécutive à un évidement pratiqué pour une cavité d'ostéite fongueuse qui avait débuté à l'âge de treize ans. Voilà un exemple remarquable de longue durée de cette affection. Ce n'est pas le seul.

M. Lannelongue a surtout exploité des documents de deux ordres, ceux qui lui sont fournis par son observation particulière et ceux qu'il a pu retrouver dans les auteurs. A propos de ces derniers, je crois que M. Lannelongue a exagéré la léthalité de l'ostéomyélite chez les enfants. Récemment, une jeune dame vint me prier d'aller voir son enfant à Versailles, je vis là-bas un énorme phlegmon de la main. L'enfant ramenée à Paris, je fis une large incision et je tombai sur un métacarpien dénudé dans les trois quarts de son étendue, sur presque toute la face dorsale. Il y a quelques jours j'ai pu extraire la partie nécrosée, tout s'est passé sans complication et l'enfant est guérie aujourd'hui.

M. Lannelongue a surtout étudié des cas d'autopsie, aussi a-t-il exagéré la fréquence de l'ostéomyélite profonde.

M. Broca fit il y a longtemps, sur un malade de Sainte-Foy-la-Grande, un diagnostic fort habile pour l'époque. Cet homme souffrait depuis dix-huit ans de douleurs térébrantes dans la tête de l'humérus, M. Broca diagnostiqua un abcès et, en effet, une trépanation donna issue à du pus.

M. Després. Je ne veux m'attacher qu'à un seul point de la discussion. M. Lannelongue a appelé l'attention sur une affection osseuse qu'on ne rencontre que chez les adolescents. Tous les malades qui ont des abcès sous-périostiques aigus et qui ont moins de vingt-deux ans ont des abcès qui se développent invariablement aux mêmes points; la théorie de M. Gosselin est la seule bonne. Depuis que je suis à l'hôpital Cochin j'ai vu trois abcès sous-périostiques de l'extrémité supérieure du tibia, un malade est mort, deux ont guéri après l'élimination de séquestres.

L'abcès sous-périostique est un symptôme et il ne peut être considéré que comme tel; il ne se montre jamais au milieu de l'os, en dehors du traumatisme.

L'abcès sous-périostique et l'ostéomyélite ne forment qu'une seule maladie. Je présente deux malades qui ont eu des ostéomyélites juxta-épiphysaires. L'un est depuis un an dans mon service; il a fait à cette époque une quinzaine de lieues en deux jours; il avait dix-huit ans. Il a eu en bas de la jambe un abcès sous-périostique franc, traité par une incision de 9 centimètres; à l'extrémité supérieure il y a eu de la nécrose; j'ai fait quatre incisions allant jusqu'à l'os, et j'ai passé des drains.

L'autre malade, il y a huit ans, a séjourné sur la glace et il a été traité à Saint-Dié pour une ostéite épiphysaire de l'extrémité inférieure de chaque tibia. Il est sorti un séquestre d'un seul côté.

C'est toujours au niveau du cartilage épiphysaire que le mal commence pour s'étendre plus ou moins. Ainsi chez le premier malade, il y a le même cortège de symptômes généraux pour deux affections de degrés très différents surtout dans la même jambe.

Quand l'affection est assez grave, la trépanation ne remédie à rien; si les malades ont du délire, on les voit toujours succomber.

M. Trélat. M. Després a un peu confondu les opinions. Je n'ai jamais contesté que l'ostéomyélite n'eût son point de départ dans la région épiphysaire. M. Gosselin dit : « c'est une ostéite que vous avez sous les yeux; ne faites rien; » nous répondons : « c'est une ostéomyélite, il faut intervenir. »

Quand on étudie le développement des os chez de très jeunes sujets, on voit ceci : la diaphyse se présente sous la forme d'un double cône cartilagineux; en même temps que l'os cartilagineux évolue, on voit se produire le développement de l'os périostal.

Chez un enfant de trois ans, par exemple, la couche périostale est à peu près achevée vers la sortie moyenne de l'os, mais non aux extrémités; cette richesse d'éléments, jeunes aux extrémités, entraîne facilement, quand cette couche s'enflamme, l'envahissement de tout l'os; au contraire, l'inflammation restera plus circonscrite chez un garçon de seize à dix-sept ans lorsque le périoste est entièrement constitué. J'ai vu une petite fille de trois ans et demi chez laquelle l'abcès siégeait au milieu même du tibia, ce qui ne veut pas dire que l'affection, toute spontanée, ait débuté sur ce point.

Du traitement des exostoses épiphysaires. — M. Le Dentu. Je vous ai présenté il y a quelque temps un malade que j'avais opéré pour une exostose à l'hôpital Saint-Louis. Le résultat que j'ai obtenu m'engage à vous parler du procédé que j'ai employé.

Parmi les exostoses non syphilitiques, beaucoup n'occasionnent aucun symptôme fâcheux; celles-là, il est de règle de ne pas y toucher. Mais il y en a à propos desquelles la chirurgie doit intervenir, je veux parler surtout des exostoses de développement.

Ces exostoses sont souvent en forme de crochet. Lorsqu'elles donnent lieu à des douleurs, ces douleurs généralement ne résident pas dans l'exostose elle-même. Par exemple, pour les exostoses des membres, les

douleurs peuvent tenir à trois causes. Le tissu conjonctif qui les entoure peut s'enflammer et donner lieu à des douleurs assez vives; il peut se former une bourse séreuse accidentelle enflammée. D'autres fois les douleurs sont dues à la compression des troncs nerveux qui passent dans le voisinage. Les douleurs dues aux muscles paraissent causées par une véritable irritation musculaire.

M. Le Dentu rapporte deux observations d'extirpation de l'exostose. Dans un troisième cas, l'auteur a fait une myotomie sous-cutanée, il y avait une contracture musculaire qui ne put être améliorée que par la myotomie.

Dans les cas d'extirpation d'exostose, l'opération offre peu de danger lorsque l'exostose est exactement située sur les parties latérales du genou, mais lorsqu'elle est située en avant ou en arrière, il peut y avoir une arthrite de voisinage. Dans le troisième cas, l'extirpation était inutile, puisque la myotomie a complètement remédié aux accidents. De plus, l'extirpation peut ne pas être sans danger.

M. Trélat. Théoriquement, la douleur dans les exostoses peut être due à la compression des troncs nerveux, mais je crois que c'est purement théorique et, de même que M. Le Dentu, je n'en ai observé aucun cas.

La douleur due au développement de bourses séreuses accidentelles est bien réelle. L'inflammation de ces bourses séreuses est souvent très douloureuse, et j'ai eu moi-même à la suite d'une chute sur la bourse séreuse olécranienne du coude droit une douleur qui a persisté pendant deux ans.

Je ne vois pas bien la démonstration de la contracture musculaire chez le malade de M. Le Dentu. Une seule ténotomie a fait disparaître l'ensemble des phénomènes. Cela ne prouve pas que la douleur n'ait pas été due à la pression exercée sur la bourse séreuse par les masses musculaires.

L'opération de ténotomie peut être tentée dans certains cas spéciaux. Quant à l'ablation des exostoses, j'ai fait cette opération il y a quatre ans sur un malade de mon service. Le jeune homme est parti complètement guéri et sans accidents.

M. P. Berger. Parmi les malades atteints d'exostose que j'ai pu voir, j'en ai suivi un opéré par M. Richet à l'Hôtel-Dieu. L'exostose était située au niveau du tendon du troisième adducteur; par suite du frottement de ce tendon sur la tumeur, la locomotion était devenue douloureuse et presque impossible et M. Richet dut opérer. Le malade a guéri sans accident. Si l'on avait eu recours dans ce cas à la méthode proposée par M. Le Dentu, il aurait fallu faire la ténotomie du troisième adducteur, opération assez dangereuse à cause du voisinage de l'artère fémorale et c'est justement là un siège de prédilection pour les exostoses.

M. Th. Anger. Comme M. Trélat, j'ai été frappé de la lenteur de la guérison après ces ablations d'exostose; j'ai, comme M. Le Dentu, constaté une certaine réaction inflammatoire après une de ces opérations.

J'ai actuellement dans mon service une jeune fille de dix-sept ans, qui offre au niveau de l'apophyse styloïde du cubitus une douleur assez vive. Il n'y a pas à proprement parler d'exostose; le sommet de l'apophyse styloïde paraît seulement un peu plus volumineux que celui du côté opposé.

M. Le Dentu. J'ai vu beaucoup de cas de contracture généralisée à tout un membre dans certaines arthrites, ou des contractures du biceps après de petites plaies de la main. Les contractures peuvent donc être produites à distance. Dans les cas dont j'ai parlé, il m'a bien semblé que le vaste interne au voisinage de l'exostose était fortement tendu, qu'il y avait une contracture réelle. Je crois qu'une bourse séreuse peut être le point de départ d'une douleur assez vive pour entraîner une contracture.

Je crois que M. Berger s'exagère beaucoup le danger d'une blessure de l'artère fémorale. On est assez loin du vaisseau dans ces cas.

Il faut toujours vingt-cinq à trente-cinq ou quarante jours pour la guérison d'une ablation d'exostose. Les plaies osseuses demandent un certain temps pour la cicatrisation.

Ligature de l'artère ischiatique. — M. Tillaux. Le malade que je vous ai présenté dans la dernière séance est âgé de vingt ans; il tomba

d'un échafaudage et fut apporté à l'hôpital Beaujon avec une fracture de cuisse. Je ne pensais pas à une fracture possible du bassin, je mis un appareil de Scultet. Les jours suivants, la douleur disparut. Vers le quinzième jour, le malade commença à accuser un peu de gêne derrière le grand trochanter du même côté. Les douleurs devenant très intenses, j'endormis le malade pour l'examiner et je trouvai une tumeur volumineuse occupant la région fessière, sans le moindre battement, sans le moindre bruit de souffle. Je sentis de la fluctuation au-dessous du grand fessier et je diagnostiquai un abcès profond de la fesse ; je pensai à un abcès angioleucitique à distance. Il ne me vint pas l'idée que cela pût être un anévrysme ; je me mis en devoir de faire l'incision et je tombai en plein dans une poche anévrysmale. Séance tenante, je fis une incision horizontale à travers le grand fessier ; j'arrivai sur l'échancrure sciatique et je vis nettement l'artère déchirée à sa sortie du bassin ; avec le doigt, je sentis une esquille qui était la cause de cette lésion. Je pus saisir l'artère avec une pince hémostatique et l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement; mais l'artère était très profonde, il était difficile de la saisir, j'eus peur de faire la torsion. Je mis simplement une pince hémostatique sur l'artère et je la laissai en place peudant quarante-huit heures. Je réunis la plaie transversale et j'eus une réunion immédiate.

M. Nicaise. Il y a deux ans, j'ai eu l'occasion de faire une opération analogue. Un homme fut apporté dans mon service à l'hôpital temporaire après une chute d'un second étage. Lorsque je vis ce malade un mois après l'accident, il y avait des ecchymoses ; il y avait nettement un épanchement sanguin, mais sans battements ni souffle. Le malade souffrait beaucoup. Il se fit un nouvel épanchement sanguin et il y eut un certain degré de paralysie du nerf sciatique. Je fis une incision, j'enlevai 700 ou 800 grammes de caillots et j'arrivai sur l'artère fessière à sa sortie du bassin, j'appliquai sur elle une pince hémostatique qui tomba spontanément le troisième jour. Toute douleur et toute trace de paralysie a disparu.

M. Farabeuf. Il se montre presque constamment dans les épanchements traumatiques de la fesse des poussées comme celle qu'a observée M. Nicaise. Un autre fait également intéressant, c'est la temporisation qui a eu lieu dans le cas de M. Nicaise ; avec une temporisation trop prolongée, les deux malades de M. Nicaise et de M. Tillaux auraient certainement succombé.

Il est arrivé assez fréquemment que des empêchements sanguins dans la fesse aient été pris pour un abcès chaud. Un autre fait intéressant, c'est que l'hémorrhagie, dans le cas de M. Tillaux, est venue de l'artère ischiatique, cela paraît être le cas le plus fréquent dans les chutes.

M. Le Dentu. Il y a trois ans, à l'hôpital temporaire, je blessai une artère intercostale en ruginant et en enlevant une côte. Je pus saisir l'artère dans une pince ; l'hémorrhagie s'arrêta.

M. Th. Anger. J'ai un troisième fait analogue à ceux de MM. Tillaux et Nicaise, mais le malade est mort avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 25 avril 1879 ; présidence de M. Hervieux.

Phthisie syphilitique. — Présentation de pièces. — M. Gouguenheim présente les deux poumons d'un sujet syphilitique mort dans son service à l'Hôtel-Dieu annexe. Les organes offrent des altérations bien différentes : le poumon droit est le siège d'une infiltration tuberculeuse généralisée, les lésions du poumon gauche sont la conséquence de la syphilis. C'est un des plus remarquables cas de phthisie syphilitique. Il y avait en outre à gauche des lésions de pneumonie, de pleurésie partielle de la base, présence d'un liquide laiteux tenant en suspension de la ma-

tière caséeuse, cavités de volume variable dues les unes à la fonte probable de gommes, les autres à une dilatation vraie des bronches sous l'influence de la pneumonie interstitielle et de la péribronchite. A la base du poumon droit, se trouve une masse de tissu calcaire, friable, ramollie à son centre et due soit à une dépression d'une vieille gomme, soit à la crétification d'un vieil épanchement pleural enkysté. La comparaison des deux poumons est très intéressante, en ce sens qu'elle dévoile une dissemblance profonde des lésions de chacun d'entre eux.

La maladie avait été diagnostiquée pendant la vie ; en effet, le malade, homme de quarante-cinq ans, avait été traité par M. Gouguenheim à l'Hôtel-Dieu annexe, il y a plus d'un an, d'accidents cutanés ulcéreux et serpigineux manifestement syphilitiques, coïncidant avec une phthisie pulmonaire très avancée du côté droit. La guérison avait été complète au bout de trois ou quatre mois de traitement et l'observation communiquée à M. Fournier lors de sa lecture à l'Académie. Le malade revint cette année dans le service de M. Gouguenheim ; il n'avait pas continué le traitement prescrit; il le reprit à l'hôpital, mais sans pouvoir le supporter, et, atteint de phthisie syphilitique du poumon gauche, il succomba à une infiltration tuberculeuse du poumon droit.

Cécité hystérique. Amélioration par la métallothérapie ; guérison par l'électricité statique. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ a déjà entretenu la Société de ce cas il y a quelques mois ; il vient aujourd'hui annoncer que la guérison est définitive, et il rapporte l'observation complète de sa jeune malade. Le 27 janvier 1879, il avait été appelé à donner des soins à une jeune élève de l'Ecole normale, âgée de seize ans, qui avait perdu subitement la vue. Rien n'expliquant cette cécité presque instantanée, il fit examiner à l'ophthalmoscope par M. le docteur Abadie cette jeune malade. Le fond de l'œil était normal ; M. Abadie songea à l'hystérie, et, à l'aide d'une épingle, il interrogea la sensibilité cutanée : toute la surface du corps était anesthésiée. Il crut à une amblyopie hystérique, et, séance tenante, sans en avertir la malade, il appliqua sur la région temporale gauche trois pièces d'or de 20 francs qui furent maintenues à l'aide de deux tours de bande. Un quart d'heure après, la jeune fille distinguait complètement, puis peu à peu la vision revint par l'œil gauche : cécité persistante à droite. Quant à la perception des couleurs, le rouge et le jaune étaient reconnus avec quelque hésitation, mais le vert et le bleu étaient confondus.

Les antécédents de la jeune fille étaient bons ; jamais de crises nerveuses ni de bizarrerie de caractère ; ni frayeur ni perturbation morale, ni contrariété pouvant expliquer cet état névropathique. Pas de désordres menstruels.

Le 23 janvier, application d'un aimant à la région temporale gauche ; amélioration lente au bout de dix minutes. L'aimant est transporté à droite ; rétablissement de la vision à droite, au bout de vingt minutes. Mais l'application de l'aimant donnant lieu à une sensation très pénible de constriction, on la cessa pour la reprendre les dix jours suivants ; mais le 25 janvier, à la suite de cette application de l'aimant, survint une somnolence allant jusqu'à la léthargie, fait déjà signalé par M. Landouzy (*Progrès médical*, nº 8, 1879).

Le 28 janvier, application d'une pièce d'or à chaque tempe et laissée en permanence. Au bout d'une heure, compression pénible dans toute la tête, somnolence.

Le 29 janvier, même traitement ; 2 centigrammes de chlorure d'or et de sodium à l'intérieur.

Le 5 février, nouvel examen fonctionnel des yeux ; acuité visuelle à gauche égale à deux septièmes ; à droite un cinquième : les couleurs sont assez bien perçues. On prescrit l'hydrothérapie, le chlorure d'or à l'intérieur, bracelets d'or au bras, chaînette d'or au cou, boucles d'oreilles d'or.

Le 24 février, on essaye l'application des pièces d'argent sans résultat. Le 26, on essaya le cuivre, dont le résultat parut défavorable. Le 28, on essaya le zinc, qui donna lieu à du tiraillement dans les yeux pendant l'application et à une amélioration après.

Voyant que les métaux ne donnaient aucun résultat, c'est alors qu'on essaya l'électricité statique. La malade fut placée sur le tabouret isolant, et on lui tira des étincelles sur le pourtour des orbites. Au bout d'un quart d'heure, amélioration de la vision. Les jours suivants, puis tous les deux jours, on eut recours à l'électricité statique, et les troubles visuels ont disparu; mais la somnolence persiste.

De cette observation découlent plusieurs points rares et importants qui sont :

1° L'hystérie débutant d'emblée par la cécité; 2° l'amblyopie influencée par les métaux, sans transfert; 3° l'action nette de l'électricité statique; 4° le sommeil profond, léthargique, et l'insensibilité absolue résultant de l'application des métaux ou des aimants.

M. Dumontpallier fait observer qu'il ne pouvait y avoir de transfert chez la malade de M. Dujardin-Beaumetz, puisque l'anesthésie existait des deux côtés; il ajoute que la tendance au sommeil et à la prostration est la règle et non l'exception dans la métallothérapie.

Il présente à la Société un homme de quarante-cinq ans qui est dans son service à la Pitié et qui, en février 1878, s'est présenté à sa consultation, affecté d'hémianesthésie de tout le côté droit. Les métaux n'ont donné aucun résultat; c'est ce qui a engagé M. Dumontpallier à employer l'aimant sur le bras droit pendant dix minutes chaque fois, en le séparant de la peau à l'aide d'une compresse fine mouillée. La perception des couleurs, qui avait disparu, est revenue, à l'exception de la verte que le malade confond avec la bleue, et le malade a guéri.

Ladrerie chez l'homme. — M. Féréol présente un malade qui a rendu il y a dix mois un tænia et qui depuis quelque temps a, sur le corps, une quantité considérable de petites bosses. Il en a ouvert une et a constaté que ces bosses étaient formées par des échinocoques. Ce malade a été dyspeptique il y a cinq ans et a mangé de la viande crue; en outre, il est diabétique. M. Féréol se demande s'il faut voir là un cas de génération alternante, de transformation ou d'évolution, ainsi que le pense M. Mégnin, qui a observé cette évolution chez les chevaux.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 23 avril 1879; présidence de M. Féréol.

Sur la blatta orientalis. — M. Constantin Paul présente des échantillons de *blatta orientalis*, substance dont il a entretenu la Société dans la dernière séance. C'est une poudre qui rappelle la poudre de cantharide ou d'ergot de seigle : au microscope, on trouve des morceaux de carapace d'insectes et des cristaux mal définis. Cette substance est peu soluble dans l'eau, assez soluble dans l'éther. Quant aux cristaux, M. Constantin Paul a voulu savoir s'ils n'étaient pas formés par du nitrate de potasse; ce qui du reste était vraisemblable, ces animaux, d'une part, vivant le long des murs humides où ils auraient pu accumuler cette substance, et d'autre part, produisant une substance diurétique, analogue aux propriétés du nitrate de potasse; mais il ne peut l'affirmer. La conclusion de M. Constantin Paul est que ce médicament ne présente aucun avenir; il était bon toutefois de faire la contre-partie des nombreux mémoires affirmatifs publiés en Russie et surtout en Allemagne dans ces derniers temps.

Sur l'électropuncture et l'acupuncture dans le traitement des anévrysmes. — M. Moutard-Martin rappelle à la Société la malade atteinte d'anévrysme brachio-céphalique qui a fait l'objet d'une première communication. A la suite de la seconde opération d'électropuncture faite par M. Dujardin-Beaumetz, l'amélioration avait été telle que non

seulement la douleur, mais aussi la toux et le cornage avaient disparu.

Après les résultats de cette seconde opération, la malade sortit de l'hôpital ; au bout de quatorze jours elle y rentra dans un état plus grave qu'au moment de sa première entrée; non seulement on constatait de la toux et du cornage, mais de la cyanose qui indiquait une compression plus prononcée des voies respiratoires. La tumeur avait augmenté de volume. les battements et le bruit de souffle étaient plus intenses ; l'état était donc plus grave qu'à aucun moment de la maladie, aussi une nouvelle opération était-elle nécessaire, surtout après les premiers résultats obtenus à la suite des deux opérations précédentes; ce matin même, M. Dujardin-Beaumetz a procédé à une troisième opération dont M. Moutard-Martin fera connaître les résultats dans la prochaine séance.

M. Constantin Paul présente à la Société les aiguilles à acupuncture japonaises qui lui ont servi dans ses diverses opérations d'anévrysme. Ces aiguilles, très longues et extrêmement fines, sont en or ou en argent : elles sont flexibles et présentent à leur pointe un léger renflement qui les fixe dans les régions où elles ont pénétré. Leur introduction, malgré la flexibilité de l'aiguille, est facile dans le tissu cellulaire et les muscles ; elle est plus délicate au moment où on arrive sur les parois mêmes de la poche ; il faut alors employer un procédé qu'indique M. Constantin Paul. Ce procédé consiste à imprimer à l'aiguille de légers mouvements et oscillations au moment où on pénètre dans les tissus plus denses.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Du traitement du rhumatisme articulaire aigu par le salicylate de soude. — M. Blachez et son interne M. Poulin donnent les résultats obtenus dans le service de l'hôpital Necker, du traitement du rhumatisme articulaire aigu par la médication salicylée : ces résultats sont très favorables et dix observations sont citées à l'appui.

Ces observations, disent-ils, dont nous n'avons fait que donner en quelque sorte la substance, auraient pu être multipliées sans grand avantage. Elles suffisent à montrer l'action puissante du salicylate de soude dans le rhumatisme aigu. Il est impossible de ne pas reconnaître à ce médicament une influence que nul autre ne possède au même degré dans cette maladie. La rapidité avec laquelle, dans certains cas, les douleurs disparaissent et la fièvre tombe, a quelque chose qui surprend d'abord le médecin aussi bien que le malade. Les premières observations laissent quelque incertitude ; on se croit en présence de faits exceptionnellement favorables. Mais ces faits se multiplient, et la conviction s'établit et se fortifie chaque jour. Nous avons vu que les douleurs cessent quelquefois au bout de trente-six à quarante-huit heures. Il est rare que l'amélioration se fasse attendre au delà du quatrième jour. Il faut bien se garder de cesser l'administration du médicament. Les rechutes sont fréquentes. Nous les avons constatées chez trois de nos malades. Mais nous avons remarqué que ces rechutes sont ordinairement peu graves. Le rhumatisme y est très atténué, prend une allure subaiguë et cède facilement à de nouvelles doses de salicylate. Ces rechutes seraient assurément plus rares s'il était toujours possible de retenir les malades à l'hôpital pendant le temps jugé nécessaire. Mais mes malades, dès

qu'ils ne souffrent plus, sont impatients de sortir et ne comprennent en aucune façon l'utilité d'une continuation de traitement.

La dose que nous avons ordinairement employée est celle de 6 grammes donnés d'emblée. Nous n'avons jamais été obligés de donner ces hautes doses de 10 à 14 grammes qui ont paru nécessaires à quelques médecins. (*Gazette hebdomadaire*, avril 1879, p. 349.)

Sur les feuilles et l'extrait de feuilles de noyer. — M. Coværts, pharmacien à Pont-à-Celles (Belgique), a étudié les préparations de noyer et le meilleur moyen d'obtenir un bon extrait de feuilles de cette plante (*juglans regia*).

1° Les feuilles de noyer peuvent se récolter pendant toute la belle saison, lorsqu'elles ont acquis tout leur développement, même jusqu'en automne, alors que leur enlèvement ne peut plus nuire à l'arbre;

2° L'extrait de noyer, pour représenter de la façon la plus complète les principes actifs de la feuille, doit être préparé avec des feuilles récoltées en bonne saison et récemment séchées;

3° L'extrait préparé avec le suc déféqué des feuilles fraîches est tout aussi riche en tannin, mais il est d'une conservation moins longue;

4° Celui préparé par décoction doit être rejeté;

5° L'extrait du commerce analysé est identique à celui préparé avec les feuilles d'un an et doit être rejeté;

6° Les feuilles de noyer conservées à l'air libre perdent, au bout de quelques mois de dessiccation, leurs principes aromatiques et une grande partie de leur tannin. Les vieilles feuilles ne peuvent donc être employées. On peut conserver longtemps et dans un bon état les feuilles de noyer en ayant soin de les placer dans une atmosphère sèche, en appliquant le système de M. Cornélis;

7° Les feuilles de la chute automnale doivent être exclues de l'officine et des préparations pharmaceutiques. Il y a lieu de croire, d'après mes expériences, que l'extrait du commerce est souvent préparé avec ces dernières. Cet extrait ne réunit aucune des qualités qui le rendent propre à la consommation. (*Répertoire de pharmacie*, avril 1879, p. 145.)

Traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par l'électricité. — D'après le docteur Chéron, les courants d'induction ne peuvent être longtemps tolérés dans le traitement des tumeurs fibreuses utérines, parce que leur application est trop douloureuse et amène un état d'agacement nerveux, auquel les malades ne résistent pas.

Les courants continus n'ont pas le même inconvénient, mais ils n'amènent pas de bons résultats; loin de faire diminuer la tumeur, ils semblent plutôt en augmenter le volume, et amènent presque constamment des métrorrhagies abondantes.

Le seul mode d'emploi de l'électricité qui soit applicable dans cette maladie, c'est, d'après lui, l'intermittence du courant continu. Un des électrodes est placé dans l'orifice du col utérin; l'autre est placé sur la paroi abdominale. Le courant est donné par une pile à nombreux éléments, 100 éléments Remark au moins, et il est interrompu à intervalles réguliers et de courte durée.

Cette intermittence des courants continus ne détermine aucune douleur; elle est facilement supportée et amène rapidement la diminution de la tumeur. Chaque intermittence a pour résultat la contraction de tous les éléments musculaires que traverse le courant.

Les vaisseaux utérins se resserrent à ce moment, les fibres utérines, tant celles des parois de la matrice que celles qui entrent dans la constitution du fibro-myome, viennent comprimer la tumeur et en diminuer le volume. D'un autre côté, la contraction des parois abdominales et des muscles du bassin exerce en même temps sur l'organe malade une espèce de massage qui est une nouvelle cause de résolution de la tumeur. Aussi voit-on sous l'influence de ce traitement les tumeurs utérines diminuer rapidement; elles perdent leur vascularisation, les hémorrhagies deviennent de moins en moins fréquentes et finissent par disparaître.

Mais il ne faut pas croire que l'on puisse arriver à la résolution complète de la tumeur. Le fibromyome ne peut pas disparaître entièrement, mais il se transforme. Il

a pour éléments des fibres musculaires, des vaisseaux sanguins et lymphatiques, et du tissu fibreux. Les fibres musculaires et les vaisseaux peuvent bien subir la dégénérescence graisseuse et arriver par là à être résorbés, mais le tissu fibreux est réfractaire à un pareil travail de régression. Au contraire, il devient plus dense, et il se produit une sorte de sclérose de la tumeur, sclérose qui a pour effet de hâter la disparition des autres éléments. En un mot, la tumeur change de nature, de fibro-musculaire elle devient purement fibreuse. Mais ce changement de nature n'a que de bons résultats pour la malade. Il supprime les éléments vasculaires et nerveux, et de cette façon il met fin aux hémorrhagies et aux douleurs; en même temps, il réduit le volume de la tumeur et arrive ainsi à mettre la malade dans un état qui est pour elle l'équivalent de la guérison. (*Gazette des hôpitaux,* 1879, nos 29, 30 et 32.)

Du chloroforme anesthésique. — M. le professeur Regnauld, dans un très important article, vient d'exposer les conditions que doit remplir le chloroforme anesthésique.

Autrefois, de 1847 à 1862, le chloroforme était fabriqué de toutes pièces dans le laboratoire de la Pharmacie centrale; mais, lorsqu'en 1862 il arriva que 1 kilogramme de chloroforme revenait à la Pharmacie centrale à près de 20 francs, tandis que l'industrie l'offrait en moyenne au prix de 9 francs, M. Regnauld renonça à cette fabrication et se préoccupa d'une vérification exacte du chloroforme de toute provenance qu'il allait avoir.

M. Regnauld conseille, pour la fabrication, d'employer le procédé de Soubeiran, tel qu'il l'a modifié; on sait que ce procédé consiste à faire réagir sur l'alcool un mélange d'hypochlorite et d'hydrate de chaux. M. Regnauld y a ajouté : la distillation, en présence d'un corps gras (huile d'œillette), dans le double but : 1° de fixer les produits accidentels dangereux; 2° d'éviter la réaction de la soude caustique sur le chloroforme pendant la distillation.

Il obtient ainsi du chloroforme pur qui peut se conserver. M. Regnauld conseille d'utiliser l'action préservatrice d'un fragment de soude. Bœttger a le premier démontré que le chloroforme, altéré par l'action de la radiation lumineuse, peut être purifié par l'addition de la soude caustique et se conserver à la lumière diffuse en présence de quelques fragments d'hydrate de soude. M. Personne attribue l'influence préservatrice de la soude à la destruction de l'éther chloro-carbonique, ou plutôt du chloral contenu accidentellement dans le chloroforme.

D'ailleurs M. Regnauld conseille de substituer à cette substance caustique, altérable et peu maniable, 10 pour 100 environ de l'un des corps suivants : carbonate de potasse sec, carbonate de soude sec, bicarbonate de soude. Le chloroforme se maintient ainsi pendant des mois et des années. Au moment d'en faire usage, il suffit de décanter lentement et de filtrer pour le séparer des matières solides qu'il ne dissout pas.

M. Regnauld résume l'ensemble des précautions qu'il recommande :

1° Ne pas se servir d'un chloroforme sans en verser préalablement une quantité suffisante pour humecter légèrement une petite feuille de papier blanc, très propre et pliée à la façon d'une compresse. Lorsque l'évaporation touche à son terme, aspirer les dernières vapeurs : le chloroforme pur exhale jusqu'à la fin une odeur suave caractéristique et laisse un papier absolument sec et inodore : le chloroforme mal purifié, partant impropre à l'anesthésie, répand dans les mêmes circonstances une odeur désagréable, tantôt irritante, tantôt nauséeuse dont le papier presque sec reste imprégné.

2° Le chloroforme pur ne rougit pas le tournesol et ne trouble pas une solution de nitrate d'argent. Rejeter le chloroforme comme altéré, dangereux, toxique, s'il rougit et *à fortiori* s'il décolore le papier bleu de tournesol que vous y plongez. Agir de même avec celui qui, agité dans un tube d'essai contenant son volume d'une solution de nitrate d'argent à un centième, donne un précipité, voire un simple nuage blanc. (Il renferme de l'acide chlorhydrique, ou du chlore ou des

produits chlorés provenant d'une décomposition partielle.)

3° Introduire dans ce même tube bien lavé un petit fragment de pierre à cautère (hydrate de potasse), quelques gouttes d'eau et 1 à 2 centimètres cubes de chloroforme. Le mélange chauffé à l'ébullition ne doit pas se colorer ; s'il prend une teinte ambrée et à plus forte raison brune, ne vous servez pas du chloroforme (il contient de l'aldéhyde).

4° Lorsqu'on possède de l'acide sulfurique concentré et incolore, nettoyer le tube, le sécher avec soin; versez-y environ 1 ou 2 centimètres cubes de chloroforme et un volume égal d'acide ; agitez fortement le mélange et observez ce qui se passe : si, après une demi-heure, les deux couches sont incolores, ayez confiance ; s'il y a une coloration brune ou brun rougeâtre, encore une fois tenez le chloroforme pour impropre à l'anesthésie. Il est chargé de dérivés chlorés des alcools butylique, propylique ou amylique. (*Archives de médecine*, mars 1879.)

Traitement de la dyspnée par les injections hypodermiques de morphine. — Le docteur Huchard, médecin des hôpitaux, vient de faire paraître dans l'*Union médicale* un traité important sur ce sujet et dont voici les principaux passages :

J'ai démontré, dit notre savant confrère, que dans les affections du cœur et surtout dans les affections de l'aorte qui s'accompagnent de symptômes d'anémie cérébrale (rétrécissement et insuffisances aortiques), les injections de morphine bien dirigées, bien appliquées surtout, triomphent rapidement d'accidents graves (vertiges, lypothymies, syncopes, dyspnée de cause centrale), et cela par suite de l'action congestionnante bien connue de l'opium sur le cerveau.

Gubler a confirmé pleinement par des observations concluantes les faits que j'avais d'abord présentés.

Les injections de morphine ont une efficacité presque merveilleuse contre certains troubles nerveux et cérébro-bulbaires, au nombre desquels se trouve la dyspnée, surtout dans les affections du cœur ou de l'aorte qui présentent des accidents d'anémie cérébrale.

De même aussi chez les phthisiques arrivés à la dernière période de consomption: la dyspnée, les accès de suffocation des dernières semaines ou des derniers jours sont promptement calmés par l'emploi de ce moyen; et le bien-être que ces malheureux malades en éprouvent est tel, que le médecin serait même coupable de ne pas les mettre en usage. C'est là une médication qui n'a d'autre but, d'autre résultat, hélas ! que d'adoucir les souffrances ou les angoisses de la fin, de prolonger de quelques jours, de quelques semaines peut-être, la durée de la maladie ; mais aussi quel calme ne produit-elle pas !

Elle combat donc avec une efficacité presque constante les accidents d'anémie cérébrale, et, à ce titre, elle a des applications nombreuses dans toutes les maladies qui aboutissent ou conduisent naturellement à cette complication.

On sait, par exemple, qu'un des accidents les plus redoutables des néphrites, est l'urémie, et que, parmi les diverses formes que peut revêtir cette sorte d'intoxication, c'est l'urémie dyspnétique qui tient le premier rang au point de vue de la gravité. Mais on ne savait pas jusqu'alors le mécanisme en vertu duquel se produit cette complication. Dans une thèse des plus remarquables, M. Cuffer vient de combler heureusement cette lacune. Il a demontré que, dans le mal de Bright, surtout dans celui qui se complique d'urémie, le nombre des globules rouges est très notablement diminué ; que ces globules deviennent très résistants, ne se déforment pas sous l'influence des réactifs, qu'ils sont pour ainsi dire paralysés, et que leur capacité d'absorption pour l'oxygène est extrêmement diminuée. Cette paralysie du globule sanguin qui s'observe, soit dit en passant, dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone (Cl. Bernard), dans les varioles graves (Brouardel), etc., rend compte également des phénomènes dyspnéiques parfois extrêmement intenses qu'on observe dans ces cas. C'est alors que même les inhalations d'oxygène sont absolument impuissantes pour calmer l'oppression ; car les globules sont inertes, incapables de subir les échanges gazeux, leur hémoglobuline a perdu

la faculté d'absorption pour l'oxygène. Le sang ainsi modifié possède aussi, d'après M. Potain, une autre action non moins importante, celle de déterminer facilement le spasme vasculaire, lequel rend compte des exacerbations des phénomènes, spasme qui, agissant sur des vaisseaux du poumon, diminue ainsi le champ de l'hématose, et qui en se produisant sur les vaisseaux du poumon, surtout sur ceux du bulbe, contribuera encore pour sa part à augmenter la dyspnée et, avec elle, les phénomènes d'anémie cérébrale et bulbaire.

Or, dans tous ces cas, le phénomène important pour nous, c'est l'anémie encéphalique, c'est l'anémie bulbaire, et il en résulte que la morphine, qui produit de si merveilleux effets, doit agir doublement, et comme agent vaso-dilatateur sur le spasme vasculaire, et comme hypérémiant du cerveau sur l'ischémie cérébrale. Pour ce qui est de la dyspnée urémique, M. Huchard cite trois observations fort concluantes de Lereboullet.

Ces faits sont extrêmement intéressants et utiles pour le praticien, ils démontrent avec la plus entière évidence que les injections de morphine peuvent être employées avec la plus grande efficacité pour calmer les accidents dyspnéiques si douloureux et si redoutables de l'urémie ; ils démontrent encore que l'on a peut-être exagéré les craintes au sujet de l'emploi des substances toxiques et de l'opium en particulier dans les néphrites; cependant, dans tous les cas, l'imperméabilité du rein est une contre-indication à l'emploi des doses massives des médicaments toxiques. Ceux-ci s'éliminant plus lentement à travers des reins malades, il en résulte que l'on doit être toujours prudent, et commencer par des doses très légères pour s'élever progressivement à des doses plus fortes. (*Union médicale*, 1879.)

Du traitement des anthrax. — Voici la pratique du professeur Verneuil dans le traitement des anthrax :

On sait qu'il y a eu une époque où l'on incisait quand même largement et profondément tous les anthrax. Aujourd'hui les chirurgiens sont plus réservés, mais aussi plus divisés dans le choix des moyens. Quelques-uns s'abstiennent dans le plus grand nombre de cas, attendant l'ouverture spontanée, d'autres pratiquent des incisions sous-cutanées, ceux-ci préfèrent l'incision par les caustiques, ceux-là enfin ont recours à l'excision. Au milieu de ces dissidences, il y avait une position électique à prendre : c'est celle que M. Verneuil a prise. S'inspirant sans doute, avec raison, de cette observation si juste d'un de ses anciens maîtres : « Il n'y a pas un anthrax, il y a des anthrax, » M. Verneuil se pose, en présence de cette affection, cette question préalable ; avant de chercher de quelle manière il convient le mieux d'inciser, cherchons d'abord s'il convient d'inciser. Il est d'avis, en effet, qu'il est des cas où il faut inciser et qu'il en est d'autres où l'incision n'est pas nécessaire. Les anthrax des membres, par exemple, qui sont généralement bénins, n'ont pas en général besoin d'être incisés. Il en est de même, quelle que soit la région qu'ils occupent, des petits anthrax, nettement circonscrits. Mais, lorsque les anthrax sont d'un volume moyen, et *à fortiori* lorsqu'ils sont volumineux, lorsque, quoique de petit volume, ils sont très douloureux, enfin lorsqu'il s'agit de ces anthrax qui ont de la tendance à la dissection et à l'extension, il faut inciser. L'anthrax est-il petit, circonscrit, mais très douloureux, l'incision est le meilleur moyen de faire cesser la douleur. L'anthrax est-il diffus, à tendance envahissante, mais indolent, ce qui a lieu souvent chez les diabétiques et chez les alcooliques, de larges et profondes incisions sont le seul moyen d'en arrêter la marche envahissante. A plus forte raison des incisions sont-elles indiquées lorsque ces deux conditions se trouvent réunies.

Telles sont pour M. Verneuil les indications de l'incision. Mais quel est le meilleur procédé à employer? Lorsque l'anthrax a une grande étendue, l'incision avec le bistouri peut donner lieu à une perte considérable de sang qu'il importe d'éviter. On a proposé pour éviter cet inconvénient le fer rouge et les caustiques. Le fer rouge coupe très imparfaitement. Les caustiques causent beaucoup de douleur. Il les

repousse également. Reste à choisir entre le galvano-cautère et le thermo-cautère. Le fil du galvano-cautère n'est pas assez fort. C'est donc au thermo-cautère que M. Verneuil donne la préférence. Il lui reconnaît surtout l'avantage de ne donner lieu qu'à une perte de sang presque insignifiante, de provoquer une résolution locale extrêmement puissante et une rétraction énergique de la peau, et de ne laisser à sa suite qu'une plaie peu douloureuse. C'est, en effet, ce qu'on a pu constater sur le malade qu'il a opéré, et chez lequel tous les accidents inhérents à l'anthrax ont été presque immédiatement enrayés. (*Gazette des hôpitaux*, 12 avril 1879, p. 338.)

De l'absorption des gaz injectés dans les veines. — Le docteur J. Casse, médecin de l'infirmerie de Bruxelles, a injecté dans les veines des gaz toxiques et non toxiques. Voici le résumé de ses expériences.

Il en résulte :

1° Que, quelle que soit la manière dont se fait l'injection, les gaz sont éliminés par la surface pulmonaire ;

2° Que cette élimination est différente à la suite de l'un et de l'autre mode d'injection. Lorsque le gaz est en solution, l'élimination se fait bien plus facilement que quand il est libre. Nous en trouvons la preuve dans l'injection d'hydrogène sulfuré et d'acide carbonique. L'oxygène ne se dissolvant dans l'eau que dans la proportion d'un vingt-septième de son volume, nous n'avons pu l'injecter dans ces conditions. L'oxygène étant en grande quantité dans l'eau, ce liquide présente des différences énormes avec ce que pourrait être une simple dissolution et offre, dans sa décomposition rapide, un inconvénient majeur ;

3° Que l'absorption d'un gaz se fait dans de meilleures conditions, quand il est injecté à l'état libre, que quand il est injecté à l'état de dissolution ;

4° Que la quantité qui peut être introduite est en raison directe de l'élimination ou de l'absorption ;

5° Que la mort qui arrive à la suite d'une injection trop forte de gaz est due le plus souvent à des accidents d'anémie cérébrale. (*Mémoires de l'Académie de médecine de Belgique*, t. V, 1878.)

Du traitement de la goutte par la sarracenia purpurea. — Le docteur Foucault, médecin principal de la marine, a employé avec succès contre la goutte l'infusion de sarracenia, mais ayant soin de boire le marc mêlé avec l'infusion, la dose de 1 à 2 cuillerées à café de poudre de sarracenia, matin et soir. Ce traitement doit être continué pendant longtemps ; il éloignerait les attaques de goutte. (*Archives de médecine navale*, mai 1877, p. 380.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Emploi de la pilocarpine pour provoquer l'accouchement prématuré. Dans une communication faite au huitième congrès de l'*Association médicale italienne* (Turin, Camillo e Bertolero, 1878), et dans un travail inséré dans *Annali di Ost., Ginec. e Pediat.*, 1879 (*Due nuovi fatti clinici sull' uso del cloridrato di pilocarpina per procurare il parto prematurato*), le docteur Cuzzi démontre que ce médicament n'a pas une action spéciale constante sur l'utérus, et que les contractions qui surviennent alors peuvent être dues à la perturbation profonde dans laquelle se trouve l'organisme après l'administration de la pilocarpine. Dans le même journal, numéro de février, Nicolini conclut également que, sans vouloir refuser entièrement à cette substance une action stimulante sur la

fibre utérine, on ne peut cependant en inférer qu'elle soit capable de déterminer à elle seule le travail de l'accouchement.

Remarques sur la production de la cystite par contagion, consécutive à l'emploi d'instruments, par H. Thompson, (*Brit. Med. Jour.*, 10 mai, p. 694).

Traitement de la fièvre intermittente par le sulfate de quinétum, par W. A. Holiis, (*id.*, p. 700).

Traitement du pied-bot varus équin congénital après la période de première enfance, par Henry F. Bakes (*the Lancet*, 3 mai, p. 625).

Rupture d'un cathéter dans la vessie. Taille médiane ; guérison, par Bryant (*Med. Times and Gaz.*, 3 mai 1879, p. 477).

Myome utérin. Ablation par la gastrotomie; guérison, par Thomas Savage. (*Brit. Med. Jour.*, 17 mai 1879, p. 736).

Histoire d'un cas d'ablation des deux ovaires sains. Remarque sur les indications et le manuel opératoire de l'opération de Battey, par Alex. R. Simpson, (*id.*, 24 mai, p. 763).

Première série de vingt-cinq cas d'ovariotomie complète, par Granville Bantock (cinq morts et vingt guérisons) (*id.*, p. 766).

Ovariotomie pendant une péritonite suppurée avec fièvre pyohémique, pratiquée avec les précautions antiseptiques ; guérison, par Manley Sims, (*id.*, p. 771).

Ovariotomie double, pratiquée avec succès par la méthode antiseptique, par James Murphy (*id.*, p. 772).

Autres observations d'ovariotomie, par Heath, Creft, Dobson (*id.*, p. 774-775).

Remarques sur le développement des organismes inférieurs dans les pansements antiseptiques, par Watson Cheyne (*Med. Times et Lan.*, 24 mai, p. 561).

Rétention accidentelle d'un cathéter dans le sac d'une tumeur de l'ovaire pendant un an. Ablation ; guérison, par J. Fewsmith (*American Jour. of obstetrics*, avril 1879, p. 316).

Propriétés thérapeutiques du jaborandi et de la pilocarpine dans les affections oculaires, par Landesberg (*Phil. Med. Times*, 26 avril 1879, p. 345).

Bons effets de la méthode de Callender (distension par la solution phéniquée) *dans le traitement des abcès chauds volumineux*, par Mario Vergi (*il Morgagni*, mars 1879, p. 171).

VARIÉTÉS

Faculté de médecine de Montpellier. — MM. Bourdel et Pécholier, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Montpellier, viennent d'inaugurer dans cette ville un dispensaire où ils donnent des consultations gratuites pour les enfants malades. Le dispensaire sera ouvert aux étudiants en médecine, et le but que se proposent MM. Bourdel et Pécholier est d'instituer un enseignement clinique spécial et d'exercer les élèves au diagnostic et au traitement des *maladies de l'enfance*. C'est le premier essai de *polyclinique* tenté à Montpellier.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du poumon tuberculeux (1);

Par M. le professeur PETER, médecin de la Pitié.

Tout ce que nous avons fait jusqu'ici l'a été en vue du tuberculeux ; nous avons essayé de le faire mieux manger, moins suer, moins tousser et moins cracher. Nous avons même essayé de l'empêcher de maigrir, mais nous n'avons rien fait pour le poumon tuberculeux. Que peut-on en sa faveur? Et d'abord contre quoi lutter? Contre quoi! En deux mots, la CONGESTION, *voilà l'ennemi.*

Je suis habitué à dire ma pensée tout entière; je suis habitué à le faire, quoi qu'il m'en puisse arriver. Or, sincèrement, je l'affirme, il n'y a pas de médicament contre la tuberculisation pulmonaire, il n'y en a pas contre le tubercule. Il n'est qu'une médication bonne au poumon tuberculeux, la révulsion et la dérivation; en dehors de quoi ce ne sont que palliatifs, non certes à dédaigner, contre les multiples désordres des points les plus divers de l'organisme du tuberculeux, où tôt ou tard il y a fort à faire. La révulsion n'agit évidemment pas sur le tubercule, elle n'a de prise et d'effet que sur l'acte morbide consécutif au contact du tubercule avec le parenchyme, et consécutif aussi à l'offense du parenchyme par ce contact.

Cet acte morbide est l'hypérémie dans tous ses modes : hypérémie simple, hémorrhagique, phlegmasique, ulcéreuse; puis, au voisinage du parenchyme, dans la continuité de la voie respiratoire, hypérémie bronchique, sécrétion exagérée, catarrhe, mélange d'hypercrinie et de phlegmasie.

Ce qu'il faut, c'est combattre la congestion pulmonaire périphymique proportionnellement à la vigueur du malade. Les émissions de sang, comme la révulsion cutanée ou la dérivation intestinale, sont indiquées suivant les cas. On ne saigne plus guère en France, moins qu'aucun autre le tuberculeux ; et cependant, en cas de congestion pulmonaire intense, la saignée peut produire de très heureux résultats.

---

(1) Suite, voir le numéro précédent.

Une médication moins choquante pour nos préjugés contemporains, c'est l'application de ventouses scarifiées sur les points où se perçoivent les signes de la congestion pulmonaire. J'ai vu maintes fois chez des malades, robustes encore, les craquements humides disparaître ou singulièrement diminuer sous l'influence d'une application de ventouses scarifiées.

Une précaution indispensable, c'est de prendre garde que les lames du scarificateur ne sortent pas trop, afin qu'elles ne traversent pas le derme dans toute sa profondeur. En pareil cas, on n'obtient pas beaucoup plus de sang que lorsque les lames ne font qu'attaquer le derme dans sa partie moyenne, et l'on a l'inconvénient de faire des plaies fort larges qui s'écartent par le fait même de l'élasticité du derme et laissent à leur suite des cicatrices aussi profondes qu'indélébiles. Or, comne elles siègent à la partie supérieure et antérieure de la poitrine, elles constituent pour les jeunes femmes une sorte de tare qu'on ne vous pardonnera jamais ; et on aura raison, car vous pouviez l'éviter.

Les sangsues peuvent rendre les mêmes services que les ventouses scarifiées. Je me rappelle toujours l'étrange impression que me produisit la prescription d'une demi-douzaine de sangsues sous la clavicule droite d'un tuberculeux, faite par mon illustre maître Cruveilhier alors que j'étais son interne. Il s'agissait d'un maçon, d'un jeune maçon vigoureux chez lequel on entendait des craquements humides, sous l'une des clavicules surtout. A la suite de cette émission sanguine locale qui m'avait si vivement intrigué, je pus constater la presque disparition des râles, la cessation de la dyspnée, le mieux-être général, de telle façon que, le traitement par l'hygiène aidant, le malade quittait l'hôpital au bout de quinze jours pour reprendre ses travaux et sans que les râles aient reparu.

Il y avait cette diffférence entre Cruveilhier et moi, que le maître, élève direct de Laennec et contemporain de Broussais, s'inspirait jusqu'à un certain point et avec raison des doctrines de ce dernier; qu'il croyait que l'irritation, primitive ou consécutive, il importe peu, jouait un rôle considérable dans l'évolution de la tuberculose, et que cette irritation entraînait une congestion ou une inflammation corrélatives, justiciables l'une et l'autre des émissions sanguines. Tandis que l'élève (c'est de moi qu'il s'agit), tout fraîchement imbu des doctrines régnantes alors sur la tuberculisation, sur la spécificité du tubercule, sur la fata-

lité de la diathèse, sur le rôle nul ou à peu près nul de la congestion ou de l'inflammation dans l'évolution de la tuberculose, l'élève, dis-je, avait l'esprit tourné ou vers l'incurabilité du mal ou vers la recherche d'un spécifique hypothétique.

Il ne fallait pas beaucoup de faits de cette nature pour me convertir, et je fus converti. Depuis lors, j'ai vu bien des cas qu'il est inutile de vous citer, où les ventouses scarifiées, sinon les sangsues, ont produit d'aussi beaux résultats Seulement il faut savoir choisir : les émissions sanguines locales sont incontestablement salutaires à ceux qui, tuberculeux, sont encore suffisamment robustes pour supporter cette légère spoliation ; par exemple, elle sera salutaire au paysan devenu tuberculeux par accident ; tandis qu'elle sera inutile, sinon nuisible, chez les avortons de nos villes, qui arrivent on ne sait comment jusqu'à l'âge de puberté et n'ont de l'homme que l'apparence et les vices.

Comme moi, M. Hérard, qui fut élève aussi de Cruveilhier, mentionne les grands avantages que l'illustre médecin de la Charité retirait de cette pratique chez des tuberculeux atteints de phénomènes aigus digestifs et inflammatoires (1).

Lorsque la vigueur est moindre, on pourra se contenter d'une application de ventouses sèches. Comme émission sanguine, M. Fonssagrives conseille l'application de deux ou trois sangsues aux malléoles, qui suffisent quelquefois pour faire tomber la congestion pulmonaire circumtuberculeuse. C'est un moyen qui me paraît bon *a priori*, mais dont je n'ai pas l'expérience.

Un traitement d'une pratique plus facile, et certainement mieux accepté par les malades, c'est la révulsion par les irritants, depuis le vésicatoire jusqu'à la teinture d'iode et au sinapisme. Ce qu'il faut absolument réprouver, c'est le thapsia, l'huile de croton, les emplâtres stibiés et la poix de Bourgogne.

Le thapsia, qui provoque une éruption vésiculeuse, cause des démangeaisons parfois insupportables, et produit une série de petites cicatrices ponctuées auxquelles on ne s'attend guère ; ce que les femmes vous reprochent.

L'huile de croton, la pommade stibiée et la poix de Bourgogne font souvent cruellement souffrir et laissent des cicatrices indélébiles. Cicatrices pour cicatrices, mieux vaut celles d'un cautère,

---

(1) Hérard et Cornil, *De la phthisie pulmonaire*, p. 689.

autrement efficace, et sur lequel nous reviendrons d'ailleurs tout à l'heure.

Le moyen *révulsif* par excellence, le plus rapide dans son action, le plus constamment efficace, celui dont tous les malades se félicitent, auquel ils ont même spontanément recours en cas d'oppression, pour en avoir antérieurement éprouvé les bienfaits, c'est le *vésicatoire volant*. J'insiste à dessein sur son emploi, sachant qu'il est des hommes à paradoxe qui ne craignent pas de dénigrer systématiquement cet agent et cette médication.

Les vésicatoires sont indiqués à presque toutes les périodes de la tuberculisation pulmonaire, pour presque toutes les lésions tuberculeuses des poumons, ou mieux pour les congestions circumtuberculeuses. Le vésicatoire est indiqué alors qu'il n'y a que de l'hypérémie autour des granulations ; il est indiqué alors que cette hypérémie est devenue hémorrhagique ; il l'est encore, et *à fortiori*, quand il y a de l'inflammation périphymique ou quand la congestion s'est généralisée et est devenue paraphymique. C'est assez dire dans combien de circonstances diverses il convient d'employer un vésicatoire en faveur du poumon tuberculeux.

A la première période des lésions pulmonaires, alors qu'il n'y a que de la congestion, se traduisant par des craquements secs ou humides, vous pouvez appliquer avec de grands avantages de petits vésicatoires volants de 6, 7 ou 8 centimètres de large sur 5, 6 ou 7 de hauteur, et cela de la façon suivante : tous les cinq jours, un vésicatoire ; le premier sous la clavicule droite par exemple, le second sous la clavicule gauche, le troisième à l'omoplate droite, le quatrième à l'omoplate gauche ; et, au bout de ces vingt jours, vous n'avez plus qu'à voir si la révulsion doit être continuée de la même façon et à l'aide des vésicatoires, ou par l'intermédiaire de la teinture d'iode, ou par un cautère.

Au cas de congestion très intense, se traduisant par une oppression prononcée et des râles muqueux fins sur une grande étendue, de l'un ou de l'autre côté, ou des deux à la fois, n'hésitez pas à appliquer un grand vésicatoire de 10 à 12 centimètres de long sur 8 à 12 de large, d'un côté d'abord, puis le lendemain ou le surlendemain de l'autre côté. Et peut-être sera-t-il bon, en pareil cas, de faire précéder le vésicatoire de l'application de ventouses scarifiées en nombre proportionné à l'intensité de l'oppression et à l'étendue des râles.

En cas de congestion hémorrhagique se traduisant par une hémoptysie abondante et des râles très fins, ou vous appliquerez au préalable des ventouses scarifiées, pour les faire suivre de l'application d'un large vésicatoire au point que l'auscultation vous signalera comme le plus endommagé; ou vous appliquerez immédiatement le vésicatoire, si vous ne jugez pas nécessaire l'emploi des ventouses.

Enfin le vésicatoire est *à fortiori* indiqué, et de dimensions analogues à celles que nous venons de préciser, quand la congestion périphymique est manifestement inflammatoire ; alors qu'il y a des râles très fins, une grande fréquence du pouls et une élévation notable de la température.

Cette médication est également nécessaire au cas d'hémoptysie abondante, avec cette fréquence du pouls et cette élévation de la température.

Toujours, à la suite et sous l'influence des vésicatoires, vous constatez ces deux choses : 1° un soulagement du malade, dont il vous remercie, et qui consiste dans une diminution de l'oppression et dans une moindre fréquence des mouvements respiratoires; 2° une diminution dans l'étendue, le nombre comme la finesse des râles ; et cela, soit que vous ayez employé le vésicatoire à la période des craquements, soit que vous l'ayez appliqué pour combattre une congestion hémorrhagique ou phlegmasique.

Il n'y a pas jusqu'aux lésions plus profondes, se traduisant par des râles cavernuleux accompagnés de râles bullaires plus fins, qui ne soient amendées par l'emploi des vésicatoires.

Et vraiment, dans tous ces cas, qu'il s'agisse de granulations, de tubercules plus volumineux, ou même d'excavations, l'anatomie pathologique n'est-elle pas d'accord avee la thérapeutique? Ne voyez-vous pas toujours, immédiatement autour de la lésion tuberculeuse, quelle qu'elle soit, ou même sur un rayon plus ou moins éloigné de cette lésion, une congestion plus ou moins intense? Or, cette congestion, c'est la seule chose sur laquelle vous ayez prise ; c'est cette congestion, phénomène secondaire, mais parfois redoutable en raison de son étendue, que vous pouvez modifier et que vous modifiez en effet par la révulsion. Puis, la congestion amoindrie ou disparue, le parenchyme désencombré, le malade reste avec ses tubercules ; mais il respire mieux, puisqu'une des causes de dyspnée, la seule que vous puissiez faire disparaître, a disparu.

Si la congestion est moins intense ou qu'elle ait perdu de son intensité par le fait de l'application préalable de vésicatoires, la révulsion à la *teinture d'iode* est excellente. Il faut la pratiquer d'une façon continue et par cette méthode très simple qui consiste à appliquer chaque jour de la teinture d'iode en des points différents : un jour sous la clavicule droite, le lendemain sous la gauche, le surlendemain à l'épaule droite, le quatrième jour à l'épaule gauche ; de façon que vous ne revenez sous la clavicule droite que le cinquième jour, sous la clavicule gauche le sixième, etc.

Vous pouvez continuer ainsi un certain nombre de jours, proportionnellement aux besoins de la médication. Il y a de la sorte une révulsion permanente et le malade en souffre moins que si vous appliquiez deux ou trois jours de suite, par exemple, la teinture d'iode sur la même région. Il résulte de cette dernière façon d'agir une vésication qui vous force à en cesser l'emploi, et vous perdez ainsi le bénéfice d'une révulsion continue.

Plus tard, vous pouvez ne faire des applications de teinture d'iode que de deux en deux jours, puis de trois en trois jours, etc.

Lorsque les lésions sont plus avancées et plus profondes, il faut recourir au *cautère*. Appliquez-le à la pâte de Vienne, au premier, au second ou au troisième espace intercostal, de préférence au second, et vous avez alors le choix entre deux façons de procéder : ou vous ne ferez pas suppurer le cautère, ou vous le ferez suppurer. Si vous avez à lutter contre certaines préventions ou répulsions, d'ailleurs fort naturelles, à l'égard du cautère entretenu à l'aide d'un pois, il faut appliquer un cautère *volant*, toutes les quatre semaines, c'est-à-dire en mettre un second avant l'extinction du premier, de manière à entretenir votre révulsion toujours active. Le lieu d'application et la forme du cautère sont loin d'être indifférents. Le mieux est d'appliquer le cautère à 1 ou 2 centimètres du bord libre du sternum, de l'appliquer au milieu même d'un espace intercostal et de le faire ovoïde plutôt que circulaire.

Plus éloigné du sternum, il peut gêner les mouvements, il repose sur les muscles pectoraux, dont il gêne les contractions ; circulaire, trop large et non rigoureusement au milieu de l'espace intercostal, il peut, à sa partie supérieure et à sa partie inférieure, déterminer une irritation douloureuse du périoste des côtes et même une périostite, en raison de la faible épaisseur des parois

molles de la poitrine et du rayonnement congestif ou inflammatoire du cautère vers le périoste adjacent. L'exutoire devenant alors très douloureux, il est parfois impossible au malade de le tolérer, et vous en perdez ainsi le bénéfice.

Le caustique à la pâte de Vienne ne doit pas être appliqué pendant plus de dix minutes, et parfois moins, si la peau est très fine, de manière à ne pas dépasser les limites du derme. Il faut, séance tenante, enlever l'eschare humide encore. Vous évitez ainsi la difficulté d'exciser une eschare indurée si vous avez attendu plusieurs jours ; et, d'autre part, il n'y a pas encore de travail de cicatrisation commençante ; deux choses qui s'opposent à l'établissement et à l'entretien d'un exutoire permanent.

Ce sont de très petits détails, que je me permets d'indiquer, parce que leur méconnaissance ou leur omission peuvent faire échec à une médication dont on a le droit de dire qu'elle est des plus salutaires au poumon tuberculeux.

J'ai dit et démontré, à l'occasion de la fistule anale, le mode d'action des exutoires en général, et je le répète ici à propos des cautères sur la paroi thoracique, comme aussi des vésicatoires, ce n'est pas la quantité du pus sécrété par un exutoire qui fait office bienfaisant de révulsion ou de dérivation — cette quantité est le plus souvent insignifiante ; — la chose est tout autrement complexe : c'est à titre de *fonction morbide*, comme phénomène de compensation ou de substitution, et en vertu de l'aphorisme hippocratique modifié par moi : *Duobus morbis simul obortis,* DEBILIOR *obscurat alterum.*

La révulsion la plus énergique est obtenue par les sétons, les moxas, les cautères, qui combattent les inflammations partielles. Au lieu d'appliquer les révulsifs sur le thorax, Bidlot, suivant la méthode de Portal et de Bordeu, préfère mettre un cautère à la partie moyenne du bras, « parce que cette région sympathise plus particulièrement avec la poitrine au moyen du tissu cellulaire de l'aisselle. » En outre, les malades supportent mieux l'exutoire dans cet endroit (1). Le fait est que ce moyen, tombé en désuétude, est très utile (avec ou sans sympathie) dans la phthisie chronique.

Une médication révulsive qui n'est pas suffisamment employée et que recommande très justement M. Jules Guérin, c'est la cau-

(1) Bidlot, *Etude sur les diverses espèces de phthisie pulmonaire*. Liège.

térisation ponctuée, pratiquée tous les cinq jours à l'aide d'un très petit cautère chauffé à blanc, et par vingt ou trente pointes de feu sous l'une ou l'autre clavicule. Cette cautérisation peut être également appliquée à la région des omoplates, mais elle a une efficacité moins directe en même temps qu'elle présente le désavantage de gêner le décubitus du malade. J'ai déjà eu l'occasion, à propos des « Températures morbides locales », de mentionner les bons effets de cette médication, rendue sensible physiquement par l'abaissement consécutif de la température locale. Je peux compléter l'observation intéressante dont j'ai cité le début à cette occasion. Ici je copierai textuellement le récit qui m'a été fourni par M. Dubrac :

« Le malade a quitté Cannes au mois d'avril pour revenir à la campagne, dans les environs d'Angoulême ; il ne toussait plus, l'appétit était excellent, les sueurs avaient complètement cessé.

« L'examen du malade fait à Paris le 5 novembre dénote une amélioration radicale ; on ne sent plus par la percussion qu'un peu de résistance au doigt dans la région sous-claviculaire gauche; les points douloureux ont complètement disparu ; il n'y a plus de craquements humides, on entend une respiration un peu sèche, avec double saccade à l'inspiration et quelques froissements pleuraux ; en arrière il n'y a qu'un léger affaiblissement du murmure vésiculaire.

« A droite en avant la respiration est seulement ondulante ; rien à noter en arrière.

Température axillaire		....	36,8
—	du deuxième espace gauche...		36,2
—	—	droit.....	35,9

« Le malade est à Paris depuis trois mois, sa santé est excellente, il se promène beaucoup, engraisse et a une mine florissante.

« Le traitement de M. Jules Guérin a toujours été suivi avec une scrupuleuse exactitude ; on le suit encore, et il sera observé pendant quelques mois ; il consiste dans les prescriptions suivantes :

« 1° Tous les cinq jours, application de pointes de feu avec la tringle de rideau en avant, des deux côtés, sur les cinq espaces intercostaux supérieurs, et parfois en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses ;

« 2° Tous les deux jours, un sinapisme Rigollot au-dessous de chaque clavicule ;

« 3° Poudre de quinquina rouge, 4 grammes, à faire macérer dans 1 litre d'eau pour boire aux repas avec le vin ;

« 4° Tous les deux jours, un demi-verre d'eau de Pullna ;

« 5° Tous les jours une pastille de charbon de Belloc.

« Le malade a souvent omis les deux dernières prescriptions ; il n'en a pas été de même pour les pointes de feu, qu'il supportait sans la moindre difficulté ; il les préfère mille fois aux applications successives de vésicatoires, qui lui ont été faites quinze jours avant le traitement de M. Jules Guérin ; chaque petit vésicatoire le faisait souffrir pendant plusieurs jours, tandis que les cautérisations ponctuées, pratiquées d'une manière très légère, sont à peine senties et ne causent qu'une vive cuisson qui n'est guère ressentie au-delà d'un quart d'heure. »

J'ai tenu à citer *in extenso* ce remarquable fait, et je veux dire que mon observation personnelle est ici d'accord avec celle de M. Jules Guérin. La cautérisation ponctuée à l'aide d'un très petit cautère chauffé à blanc est une des méthodes les plus rapidement actives et les plus pratiques. J'ajoute que la douleur produite n'est nullement comparable à celle que causent le vésicatoire et la teinture d'iode ; et que les cicatrices qu'elle laisse à sa suite sont à peine appréciables, à la condition toutefois de pratiquer cette cautérisation avec une grande légèreté de main, de façon à n'intéresser que l'épiderme et les parties superficielles du derme, et en prenant garde que le malade, par des mouvements inopportuns, ne se précipite au-devant du fer et n'en détermine la pénétration profonde dans la peau.

(*A suivre.*)

Des injections de morphine spécialement dans l'asthme et la dyspnée ;

Par le docteur Adolphe Dumas, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Cette.

Depuis que Wood, chirurgien d'Edimbourg, employa le premier en 1853 les injections hypodermiques médicamenteuses, cette précieuse méthode, introduite en France quelques années après par les professeurs Béhier à Paris et Courty à Montpellier, est entrée définitivement dans la pratique journalière et il est au-

jourd'hui peu de médecins qui n'en fassent usage et ne s'en louent.

Bien peu de substances médicamenteuses malheureusement peuvent être injectées sous la peau ; le tissu cellulaire n'en tolère qu'un petit nombre, mais il n'est pas douteux que des expérimentations nouvelles ne le rendent plus grand. Ces dernières années nous ont donné l'ergotine et le bromhydrate de quinine, que j'ai eu l'occasion d'employer avantageusement plusieurs fois, le chloroforme encore en discussion, l'éther pour quelques empoisonnements et certains états graves, que j'ai essayé une fois seulement; mais la plus heureuse application de cette méthode est l'emploi du chlorhydrate de morphine. Injecté sous la peau, ce précieux alcaloïde rend chaque jour des services signalés là où la voie stomacale se trouvait impuissante ou peu sûre. Ses applications deviennent de plus en plus nombreuses, car il s'adresse surtout à la douleur et au spasme, éléments si fréquents et si importants des maladies.

Combien d'accès névralgiques divers n'ai-je pas rapidement enrayés et calmés depuis plus de sept années que les injections hypodermiques de morphine sont entrées dans ma pratique journalière : névralgie faciale, dentaire, sciatique, pleurodynie, gastralgie, coliques abdominales, néphrétiques, hépatiques, utérines, etc. ! Je les ai bien des fois arrêtés à la grande satisfaction du patient, et à la non moins grande surprise de l'entourage. Il serait fastidieux de publier ici les cas de névralgie diverse que j'ai observés; ils se ressemblent presque tous. Sans doute le calme n'était pas toujours durable et un nouvel accès exigeait souvent une nouvelle injection ; mais souvent aussi leur suppression amenait une guérison définitive sans qu'il fût nécessaire de recourir à la quinine, à l'aconitine ou à d'autres moyens.

La morphine a détrôné l'atropine primitivement employée. Trop active et trop dangereuse, cette dernière a été justement délaissée comme substance calmante principale. Néanmoins son association à dose presque infinitésimale avec la morphine offre des avantages en s'opposant à l'action émétique de celle-ci, et doit, je crois, être conservée. Je m'en sers habituellement et n'en retire que de bons effets. Le chlorhydrate de morphine est donc le calmant par excellence employé en injections sous-cutanées, et il mérite à tous égards la faveur et la confiance des médecins.

Dans les premiers jours de janvier dernier, je fus mandé au-

près d'une jeune fille nerveuse et éminemment dysménorrhéique. A cette époque menstruelle, les coliques étaient très violentes et accompagnées de vomissements presque incessants. Peau froide, pouls faible et concentré, facies altéré, défaillances à la suite de l'accès de douleur, tels étaient les principaux symptômes. Deux injections à quelques minutes de distance, contenant chacune 1 centigramme de chlorhydrate de morphine, mirent fin à cette scène pénible. Douleurs et vomissements cessèrent et firent place au sommeil. Ces mêmes symptômes dysménorrhéiques reparus les mois suivants ont cédé chaque fois aux injections de morphine.

Mais, dira-t-on, prise à l'intérieur, la morphine n'aurait pas agi autrement. Oui, mais plus lentement, en admettant, ce qui était douteux, que l'estomac l'eût gardée. Combien la voie sous-cutanée est plus sûre et plus rapide! Elle a ici supprimé presque instantanément et la douleur et son réflexe, le vomissement, et cela avec une dose minime.

Dans bien des cas, le vomissement met empêchement à l'administration de la morphine par l'estomac; alors le bienfait de l'injection est inappréciable. Je n'ai eu qu'à m'en louer dans un cas de cholérine et dans un cas d'étranglement herniaire.

J'avais affaire à une hernie crurale chez une femme. L'étranglement remontait à quatre ou cinq heures. Elle avait vomi plusieurs fois, venait de vomir devant moi et était tourmentée par des nausées. Je n'avais sur moi ni seringue de Pravaz ni solution titrée; en attendant de me les procurer, je tentai le taxis avec persévérance. Ce fut en vain. Je revins au bout d'une heure environ et, après une injection de 2 centigrammes de morphine, je pratiquai de nouveau le taxis et pus faire rentrer la hernie.

Je dois toutefois avouer que, depuis ce succès, je n'ai pas été aussi heureux chez deux femmes atteintes également de hernie crurale étranglée. Les injections répétées de morphine furent inutiles; les inhalations de chloroforme même chez l'une d'elles ne rendirent pas le taxis plus efficace et je dus me résigner, avec le concours de mes confrères les docteurs Barthez, Poumairac et Duffours, à pratiquer le débridement, opération qui du reste réussit pleinement et sauva la vie de ces deux femmes. (Je puis ajouter incidemment que les cinq kélotomies que j'ai faites m'ont donné cinq succès.)

Malgré cet insuccès de la morphine, je n'hésiterai pas à l'employer, si un nouveau cas se présente, tant ce moyen est inof-

fensif et parfaitement indiqué. Il a d'ailleurs réussi quelquefois entre les mains d'autres médecins et ne doit pas être négligé ; mais ses effets seront d'autant plus certains qu'on en fera usage au moment le plus rapproché de l'accident.

Dans l'étranglement herniaire, c'est moins la douleur que le spasme que la morphine combat et atténue.

Il en est de même probablement dans l'asthme, contre lequel le docteur Vibert (du Puy), les docteurs Renault, Huchard et plusieurs autres médecins l'ont préconisée. Au témoignage de ces confrères je puis ajouter le mien. Depuis quatre ans, j'ai eu l'occasion de faire des injections de morphine dans des attaques d'asthme et je les ai enrayées. Voici le résumé de quelques faits :

Mme X..., âgée de cinquante et quelques années, emphysémateuse, est sujette de loin en loin à des attaques violentes d'asthme qui, après douze, vingt-quatre heures de durée, sont suivies d'une bronchite plus ou moins intense et prolongée. Chaque fois, elle faisait usage du kermès et du datura, lorsque, il y a près de quatre ans, appelé auprès d'elle dans le plus fort de l'attaque, je lui fis des injections de morphine. L'accès durait depuis quelques heures avec orthopnée, peau froide, pouls petit et serré, défaillance presque incessante, etc. Je dois ajouter que depuis quelque temps cette dame, pâle et anémique, éprouvait des vertiges qui lui faisaient craindre une congestion du cerveau et qui au contraire n'étaient dus qu'à un certain degré d'anémie ou d'ischémie cérébrales. Loin d'être contre-indiquée, la morphine était donc ici doublement indiquée. Ses effets furent si rapides et si efficaces, que cette dame en fut émerveillée. Il est certain que quelques instants après, et plus tard à ma seconde visite, elle n'avait plus d'oppression et que, contrairement à ce qui avait lieu d'ordinaire, elle fut très vite rétablie. Depuis lors, j'ai été trois fois appelé auprès d'elle dans le cours d'une attaque d'asthme et trois fois les injections de morphine ont été aussi souveraines, aussi merveilleuses.

Je suis le médecin d'une dame herpétique et emphysémateuse, qui est très sujette à des bronchites fébriles avec orthopnée que je soignais par les moyens ordinaires. Il y a quelque temps, la trouvant dans un état d'orthopnée qui durait depuis la veille et de grande sibilance bronchique, je lui fis une injection de 1 centigramme de morphine. Un peu de calme se produisit ; une demi-heure après j'en fis une seconde ; la respiration devint

alors plus facile, et un peu plus tard, quand je la revis, je la trouvai allongée et respirant librement. La bronchite suivit sa marche, qui même me parut plus courte que les autres fois, car le quatrième ou cinquième jour cette dame quitta son lit.

Je fus naguère appelé auprès d'un jeune homme que je trouvai assis sur un fauteuil, en proie à une attaque d'asthme depuis plusieurs heures. L'orthopnée était grande, le malade s'arc-boutait sur les bras du fauteuil. Je lui injectai un peu plus de 1 centigramme de morphine, qui calma la suffocation. Après être resté quelques instants à demi allongé dans son fauteuil, il put se mettre au lit et y goûter le repos. Le lendemain je le trouvai levé, respirant bien.

Après ces faits d'asthme, qu'on me permette de citer un cas de névropathie cardiaque un peu obscur dont j'ai été témoin chez une petite pensionnaire de douze ou treize ans.

Nerveuse, chétive, non encore menstruée, anémique, facilement essoufflée, cette jeune fille, déjà mal à l'aise depuis quelques jours, se trouva prise subitement d'une douleur précordiale pongitive, suivie d'angoisse, et qui la fit défaillir. Etant levée, on fut obligé de l'allonger aussitôt sur son lit. Cet état s'accompagna de nausées, de sueurs froides et dura plus d'un quart d'heure.

Quand je la vis, ce malaise avait disparu. Elle était brisée et conservait un sentiment d'effroi de ce qu'elle avait éprouvé. L'auscultation ne me révéla rien d'anormal dans les battements du cœur.

Le lendemain, je venais à peine de la revoir et la laissais assez calme dans son lit, quand de nouveau ces mêmes phénomènes éclatèrent. La douleur précordiale était si vive, qu'elle lui arrachait des pleurs et des plaintes. Les battements du cœur étaient plus accélérés, sans aucun bruit anormal, et elle éprouvait de l'anhélation et de l'angoisse.

En présence de cette scène de vive souffrance et d'oppression, je me demandai si la morphine ne serait pas souveraine dans ce cas, et après examen et toute réflexion faite, je lui en injectai sur-le-champ un demi-centigramme environ. Au bout de quelques instants, la douleur et l'angoisse disparurent, et quand je la quittai, le calme avait succédé à ce malaise pénible.

Je mis cette jeune fille à l'usage du bromure de potassium et du fer, et la laissai quelques jours au repos. Depuis lors, ces accidents ne se sont pas reproduits.

Dans d'autres maladies aiguës de la poitrine, quand les douleurs et l'oppression sont très vives, les injections de morphine peuvent rendre aussi de pareils services.

(La fin au prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Des méthodes de vitesse en thérapeutique (1) ;

Par le docteur LUTON, de Reims.

PREMIER COROLLAIRE. — *La mesure de l'efficacité d'une médication est donnée par sa rapidité même.* — Cette proposition, toute paradoxale qu'elle paraît, a une véritable valeur pratique. Il est certain qu'il n'y a qu'un temps pour agir effectivement sur un mal ; au-delà duquel la marche naturelle des choses prend sa bonne part dans la guérison. Ici on doit faire une distinction entre le traitement de la maladie totale et le traitement des symptômes : tandis que ce dernier se traîne parallèlement à une affection, qu'il ne prétend aucunement abréger, et n'est qu'une expectation dissimulée, l'autre mode prend le mal corps à corps et dans sa totalité, l'abrège ou le fait avorter. Prenons pour exemple la pneumonie : si nous assignons, avec les auteurs classiques, une durée de neuf jours à cette maladie livrée à elle-même, tout ce qui sera gagné en deçà de ce chiffre plaidera en faveur du traitement employé ; et le succès sera d'autant plus brillant qu'on s'écartera moins du début. La méthode de Rasori, comparée à l'expectation par les grands praticiens de Vienne, s'étant montrée moins efficace que l'emploi des moyens négatifs, en ce sens que les cas auxquels on l'a appliquée ont duré quelques heures de plus que les autres où l'on n'a rien fait, que faut-il de plus et pour condamner la potion stibiée administrée à tout hasard, et pour confirmer notre proposition énoncée ci-dessus ?

Mais c'est dans le rhumatisme aigu que notre critérium ac-

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

quiert toute sa valeur. En effet, cette maladie, n'ayant point de périodes déterminées, comme la pneumonie, ni de durée absolue, à la façon d'une fièvre éruptive, on a beau jeu pour vanter telle ou telle médication. Si la maladie, traitée par le moyen A, par exemple, n'a persisté que vingt jours, on criera au triomphe, parce qu'il y a des cas qui se sont prolongés, avec d'autres moyens, au-delà de trente jours et plus. Un autre arrive avec un moyen B qui, administré dans une circonstance exceptionnellement favorable, paraît avoir réussi au bout de douze jours. Eh bien! ni ce délai, ni un autre encore plus court, ne signifieront rien, du moment que vous ne pouvez assigner de terme rigoureux à ce mal. L'usage des moyennes est tout aussi illusoire, parce qu'il n'y a pas de comparaison possible entre un rhumatisme de trente-cinq jours et un autre de huit à dix jours. D'ailleurs, même en deçà de ces durées si brèves, c'est faire la part encore trop large au traitement. Si vous possédez une médication du rhumatisme vraiment efficace, c'est dès les premiers moments que vous la verrez agir, portant son effet, à la fois, sur la douleur, sur la fièvre, sur toutes les fonctions troublées, et cela toujours de même dans des circonstances comparables. Puis, la certitude va s'affaiblissant à mesure qu'on s'éloigne du point de départ; car l'influence perturbatrice du temps se fait peu à peu sentir; sous son action, le mal évolue et s'achemine tout naturellement vers sa terminaison.

Il existe un agent antirhumatismal, que nous avons vanté à l'encontre du *salicylate de soude*, c'est le *cyanure de zinc*. Nous n'avons pas autorité pour décider de la prééminence entre ces deux médicaments; mais nous signalons, comme motif de préférence pour le cyanure de zinc, lorsqu'il doit réussir, ces effets immédiats dont nous avons parlé : dès les premières heures du traitement, le soulagement est apparent; et il ne faut pas plus de deux ou trois périodes nycthémérales pour se voir maître de la maladie. Il s'agit ici, bien entendu, du vrai rhumatisme *a frigore*, récent, aigu, intense même (*surtout*, dirions-nous volontiers); et cela, tout à la fois sous sa forme arthritique ordinaire, dans ses manifestations cardiaques, vasculaires, viscérales, et jusque dans ses déterminations névralgiques et musculaires. N'avons-nous pas vu la pneumonie franche se rattacher au groupe *rhumatisme*, par son traitement cyanique, comme elle n'en est qu'un simple épisode par sa cause *a frigore?*

Cette manière d'éprouver la nature des maladies par le traitement, chose peu nouvelle en soi, devient un élément de diagnostic d'autant plus délicat qu'on se tient dans les limites que nous avons assignées, et qu'on fait intervenir la promptitude d'action au premier plan. Autrement, l'opinion de l'observateur ne se trouve établie que sur une succession de phénomènes, qui n'acquièrent leur signification décisive que lorsque l'occasion d'agir s'est évanouie. Dans ces conditions, il importe bien plus d'être fixé sur la nature du mal que sur sa forme. Mais encore, dira-t-on, faut-il partir d'une hypothèse, pour instituer le traitement. Les renseignements sur la cause et les commémoratifs en sont les premiers mobiles, et alors, l'idée du remède se substituant à la notion étiologique, on arrive à une nomenclature telle que celle-ci : *Genre*, RHUMATISME ; *Espèces*, *R. à cyanure de zinc*, *R. à colchique*, *R. à salicylate de soude*, *R. à bicarbonate de soude*, *R. à arséniate de soude*, *R. à iodure de potassium*, *R. à noyer*, etc., etc. Ce qui n'est d'abord que probabilité devient certitude, en présence d'un succès net et rapide. Le talent du praticien consiste à ne pas s'opiniâtrer, lorsque le mal résiste plus de deux ou trois jours, sans la moindre amélioration; il y a lieu dès lors de songer à une autre influence morbide, de tenir compte aussi des susceptibilités, des idiosyncrasies du malade, et de recourir à quelque autre médication plus en rapport avec le cas actuel.

Nous aurions beaucoup simplifié notre tâche si, au lieu de choisir nos exemples parmi les maladies à traitement incertain et multiple, nous nous étions adressé à une catégorie d'affections *sui generis*, comportant une médication spécifique. Avec les fièvres intermittentes paludéennes, avec la syphilis, avec la gale et toutes les affections parasitaires, etc., il n'y a pas d'hésitation possible : on va droit au but; et souvent le salut dépend de la rapidité de l'intervention médicamenteuse. Que deviendrait-on, en présence d'une fièvre pernicieuse, si on ne possédait pas un remède sûr et à effet immédiat, et si on perdait un seul instant pour agir? Dans la syphilis cérébrale, il ne faut pas tarder à intervenir, et nous avons vu conjurer, en quelques heures, par l'emploi opportun de l'iodure de potassium, un danger devenu formidable. Sans insister davantage sur un sujet aussi clair, n'est-il pas évident que l'efficacité d'un remède et la rapidité de son action sont corrélatives? et que, devant une menace

de mort, ces deux qualités doivent être intimement confondues, sous peine, en cas d'isolement, de demeurer stériles.

DEUXIÈME COROLLAIRE. — *La richesse séméiologique d'une maladie est en raison inverse de la vitesse de sa guérison.* — Cette proposition se présente avec un caractère de vérité, qui dispense presque de toute démonstration. Nous n'insisterons un peu à son sujet que pour mettre de nouveau en relief l'antagonisme qui existe entre le clinicien et le guérisseur, antagonisme malheureux, dans lequel le triomphe du premier, c'est-à-dire de la science sur l'art, ne repose que sur les défaillances du second. Les conquêtes du diagnostic physique, porté si loin de nos jours, n'ont été possibles que par les retards de la thérapeutique. Ce n'est pas en opposant une maladie à une autre maladie que nous prouverons nos assertions, mais bien en mettant en regard une affection qui s'est développée dans toute son ampleur, et le même mal jugulé par un traitement efficace et énergique, ou dans sa forme abortive, ce qui revient au même. Telle est la *fièvre typhoïde*, qui, tantôt, nous montre le cortège le plus complet des accidents pathologiques, se déroulant sur un espace de deux à trois mois ou plus, et tantôt se borne à quelques malaises, se distinguant à peine d'une courbature ou d'un embarras gastrique, et faisant même douter de sa réalité, soit qu'un traitement opportun ait conjuré le mal, soit que la nature ait fait tous les frais de la guérison. Quelle différence encore entre une variole confluente grave et une varioloïde, qui permet à peine de compter une trentaine de boutons avortés ! C'est l'art, en somme, qui a réduit une maladie formidable aux proportions d'une simple indisposition. Si la vaccine n'a pas empêché toute récidive de la variole, elle a du moins agi sur deux éléments importants des maladies, l'*intensité* et la *durée*. A un autre point de vue, en permettant à certaines affections de prendre leurs ébats, soit par l'impossibilité de les combattre, soit par négligence ou scepticisme, on expose l'organisme à des ravages qui s'étendent de plus en plus en superficie et en profondeur. Que l'on songe à un rhumatisme aigu, ayant pris possession d'un individu sain et robuste; si on le suit par la pensée dans son évolution, on le voit gagnant, de proche en proche, des extrémités aux articulations des genoux et des coudes, à la racine des membres; puis, se jetant sur la colonne vertébrale, sur le cœur, sur les méninges, etc., etc.; laissant partout l'empreinte de son passage, et

menaçant pour l'avenir des organes et des fonctions qu'il troublera encore d'une autre manière, jusqu'à ce qu'il compromette la vie elle-même. On comprend que ce sont là comme autant d'étapes qui ajoutent à la maladie principale autant de maladies partielles, qui enrichissent la symptomatologie de l'unité nosologique aux dépens de la mémoire de l'observateur, mais surtout au grand détriment du patient. Ces groupes divers, isolés au sein de l'entité dominante, offrent peu de prise pour un traitement particulier : c'est l'entité elle-même qu'il fallait étouffer dans son berceau par une médication vigoureuse, empirique, si l'on veut, mais surtout peu soucieuse du symptôme ; cette branche trop faible, qui se brise toujours, lorsqu'on espérait s'y rattraper, et vous laisse très bien vous noyer.

(*La fin au prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la trachéotomie dite en un seul temps (1);

Par Louis Dubar,
Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris.

Sans entrer dans le détail des chiffres, voici les conclusions générales auxquelles nous sommes arrivé.

A. Les dimensions antéro postérieures de la partie inférieure du larynx et de la partie supérieure de la trachée sont variables avec l'âge du sujet et chez des sujets de même âge avec la forme aplatie ou arrondie du tube aérien.

B. Les variations dans l'épaisseur des parties molles tiennent principalement au développement plus ou moins marqué de la couche graisseuse sous-cutanée.

C. De deux à douze ans, l'épaisseur des parties molles (au-devant de la membrane crico-thyroïdienne aussi bien qu'au-devant des deux premiers anneaux de la trachée) varie entre 8 et 11 millimètres.

D. De deux à douze ans, le diamètre antéro-postérieur de la

(1) Suite. Voir le dernier numéro.

trachée au niveau des deux premiers anneaux, varie entre 6 et 10 millimètres. Le diamètre correspondant du larynx au niveau de la membrane crico-thyroïdienne s'est toujours montré plus étendu de 1 à 2 millimètres.

E. A partir de quatre ans, le diamètre antéro-postérieur de la trachée a toujours mesuré plus de 7 millimètres.

F. De deux à douze ans, la profondeur minima de la paroi postérieure de la trachée varie entre 14 et 21 millimètres. La profondeur minima de la paroi postérieure du larynx entre 15 et 23 millimètres.

Il résulte de là que la paroi postérieure du larynx, même chez les enfants de deux ans (limite extrême à laquelle on fasse la trachéotomie avec quelque chance de succès), même chez ceux dont les parties molles au-devant du larynx sont réduites au minimum d'épaisseur, que cette paroi postérieure se trouve à 1 centimètre et demi de la face superficielle de la peau. D'autre part, l'épaisseur des parties molles est au maximum de 11 millimètres. On voit donc que si l'on suit exactement les principes posés par M. de Saint-Germain, d'enfoncer le bistouri à 1 centimètre et quart, on entrera toujours dans le larynx et on ne blessera jamais la paroi postérieure de cet organe.

Nous n'avons rencontré qu'une exception à cette règle, non pas sur le cadavre, mais sur le vivant. Il s'agit d'une jeune fille de sept ans, qui présentait dans toutes les parties du corps un développement énorme de la couche adipeuse sous-cutanée. Dans ce cas, en pinçant la peau entre les doigts, il nous a été facile de reconnaître à l'avance qu'elle avait plus de 1 centimètre d'épaisseur. Ce n'est qu'au moment où le bistouri fut enfoncé de 1 centimètre et demi, que la sensation de résistance vaincue et le sifflement caractéristique nous annoncèrent que nous avions pénétré dans les voies aériennes. La petite malade guérit.

Mais, dira-t-on, le bistouri étant enfoncé à 1 centimètre un quart, qu'est-ce qui prouve que l'on a pénétré dans le tube aérien?

« A un moment donné, dit M. de Saint-Germain (1), vous sentez, et cette sensation ne me manque jamais, maintenant que l'habitude et l'expérience me permettent d'analyser mes sensations, vous sentez une résistance vaincue. » C'est là une sensation analogue à celle que l'on éprouvé quand on ponctionne un abcès

---

(1) *Leçons sur la trachéotomie* (*Gazette des hôpitaux*, 1875, p. 322).

ou un kyste; de plus, nous pouvons ajouter qu'on peut alors imprimer au bistouri des mouvements de latéralité, on se sent dans une cavité. Mais, comme M. de Saint-Germain en convient, il faut de l'habitude, de l'expérience, pour acquérir cette sensation. Or, le plus grand nombre de praticiens n'ont pas pu acquérir cette expérience. Aussi ce signe très important n'est-il pas suffisant.

M. Boissier (1), dans sa thèse inaugurale, écrit sur le même sujet : « Dans toutes les trachéotomies que nous avons faites par le procédé de M. de Saint-Germain, sauf dans un cas, dans toutes celles que nous avons vu faire à M. de Saint-Germain lui-même, nous avons entendu le sifflement caractéristique de l'air au moment même où le bistouri piquait la trachée ; et c'était là pour nous une indication précise de ne pas aller plus loin. »

M. Boissier a eu sans doute affaire à une série de cas particulièrement heureux ; car, pour notre part, ce sifflement caractéristique, alors que nous employions le bistouri dit *de Saint-Germain*, nous a fait défaut dans plus de la moitié des cas, M. de Saint-Germain, de son côté, nous affirmait que ce sifflement manquait assez souvent et nous engageait à rechercher un moyen de le rendre constant. Nous devons, d'ailleurs, faire remarquer que le sifflement, absent au moment où on enfonce le bistouri, apparaît lorsqu'on a incisé un ou deux anneaux de la trachée. Il est probable que M. Boissier, opérant vite, ne faisait pas cette distinction. Elle est cependant importante, car avant d'inciser le cricoïde et les anneaux de la trachée il faut être bien certain qu'on a pénétré dans le larynx.

Nous avons d'abord essayé d'obtenir le sifflement immédiat au moment de la ponction, en imprimant au bistouri, enfoncé à 1 centimètre et quart, des mouvements légers de rotation, répétant là la manœuvre familière au chirurgien qui ponctionne un abcès profond et qui cherche à permettre au pus de se frayer un passage sur un des côtés de la lame. Nous avons réussi souvent, mais pas dans tous les cas.

C'est alors que nous avons fait fabriquer un bistouri spécial, cannelé et gradué. La figure ci-jointe représente ce bistouri.

C'est, on le voit, un bistouri droit, à lame courte et étroite, présentant une face lisse (celle opposée à l'opérateur), sur laquelle

---

(1) Boissier, p. 65, *loc. cit.*

doit être appliqué le médius qui sert de curseur ; la face qui regarde le chirurgien offre, au contraire, une cannelure aussi profonde et aussi large que possible. Elle s'étend de la pointe au talon de l'instrument. Sur cette même face, au voisinage du dos du bistouri, se voient trois crans superposés : le premier est situé à 1 centimètre de la pointe ; le second à 1 centimètre et quart ; le troisième à 1 centimètre et demi. Cette graduation est très commode et donne à l'opérateur une sécurité absolue. Il est, en effet, assez difficile de bien apprécier sur une lame de bistouri une longueur de 1 centimètre et quart. Si on n'a pas un indicateur, on procède par à peu près, et nous sommes convaincus que c'est là une des raisons fréquentes d'insuccès.

La cannelure nous a paru offrir les plus grands avantages. Depuis que nous nous sommes servi d'un bistouri cannelé, nous avons, dans tous les cas, entendu le sifflement au moment même où la sensation de résistance vaincue nous annonçait que nous étions dans le larynx. De plus, nous avons toujours constaté et nous avons souvent montré aux assistants une fine pluie de sang qui venait tacher la partie supérieure de la lame. Les taches devenaient plus grandes lorsque nous imprimions à l'instrument un très léger mouvement de torsion. Ceux de nos collègues qui se sont servis de ce bistouri ont également, dans tous les cas, entendu le sifflement et constaté la pluie de sang au moment même de la ponction. Nous avons donc le droit de penser que, grâce à cette modification, ces deux signes caractéristiques deviendront constants.

Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance d'un fait qui donne à la main qui agit une sécurité parfaite et lui permet de s'arrêter au moment voulu. En effet, dès à présent, cet argument capital des adversaires de la trachéotomie en un temps : « On n'a pas dans tous les cas les moyens suffisants de reconnaître qu'on a pénétré dans les voies aériennes, » n'a plus sa raison d'être, puisqu'on sait indubitablement qu'on est dans le larynx au moment même où le bistouri y pénètre.

F. MOHLON
1 Cent. 1/4 1/2

Les longs développements dans lesquels nous venons d'entrer contiennent implicitement la réfutation de cette opinion émise par quelques auteurs, qu'on s'exposerait dans la trachéotomie en un temps à perforer la paroi postérieure de la trachée et même à ouvrir l'œsophage. En introduisant 1 centimètre un quart de lame, on ne court jamais le risque, même d'effleurer la partie postérieure de la trachée, à plus forte raison de la perforer. Mais admettons que, par suite d'une émotion, ou encore par la faute de l'aide, qui lâche la tête au moment même où l'on enfonce le bistouri, celui-ci s'enfonce profondément. Remarquons que ce cas n'est pas spécial à la trachéotomie en un temps. Eh bien ! même dans ces cas, il faudra être bien malheureux pour perforer l'œsophage. En effet, cet organe n'occupe pas la ligne médiane, il se dévie fortement à gauche, c'est-à-dire du côté opposé à la main qui opère. Or, il est à remarquer que, 99 fois sur 100, quand il existe une incision latérale de la trachée, elle se trouve du côté de l'opérateur, à droite par conséquent. Dans un certain nombre de nos expériences sur le cadavre, après avoir enfoncé notre bistouri dans la trachée, nous l'avons porté à gauche autant que possible, puis nous avons poussé la lame jusque dans les corps vertébraux. Après dissection, excepté dans un cas, la paroi de l'œsophage était transpercée, mais sa cavité n'était pas ouverte, sa membrane muqueuse était intacte. Ainsi donc, sans être chimérique, cette crainte d'ouvrir l'œsophage est bien peu fondée et ne saurait avoir d'influence sur l'adoption ou le rejet de l'un ou l'autre procédé.

Hémorrhagies. — Une hémorrhagie peut se produire dans toute opération de trachéotomie. Elle est quelquefois artérielle ; dans l'immense majorité des cas, veineuse. Elle présente un double inconvénient : d'un côté, le malade est affaibli ; de l'autre, le sang qui s'engouffre dans la trachée augmente la gêne respiratoire et, s'il n'est pas rejeté, l'asphyxie peut s'ensuivre.

Opérer là où se trouvent le moins de vaisseaux, paraît donc être d'une nécessité impérieuse. Or, la région laryngo-trachéale se décompose, au point de vue de la distribution vasculaire, en deux sous-régions distinctes : la supérieure s'étend du bord inférieur du cartilage thyroïde au voisinage du bord inférieur de l'isthme du corps thyroïde. Là, on rencontre des artères ordinairement de très petit volume, qui donnent à peine du sang : la crico-thyroïdienne, qui suit le bord inférieur du cricoïde et

qui d'ailleurs peut presque toujours être évitée ; une branche de la thyroïdienne supérieure, qui suit le bord supérieur de l'isthme du thyroïde pour s'anastomoser avec sa congénère du côté opposé et qui dans tous les cas est sectionnée. Il est extrêmement rare qu'elle fournisse du sang en quantité notable.

Les veines sont peu nombreuses et de petit volume. Les gros vaisseaux du cou sont très éloignés et ne sauraient être atteints.

Tout l'espace situé au-dessous du bord inférieur de l'isthme du corps thyroïde jusqu'à la fourchette sternale est, au contraire, très riche en vaisseaux. Les branches thyroïdiennes inférieures qui suivent le bord inférieur de l'isthme du corps thyroïde sont assez volumineuses. C'est là qu'on rencontre le plexus veineux thyroïdien, généralement très riche et gorgé de sang ; là encore la veine jugulaire antérieure ne peut pas toujours être évitée ; enfin, les gros vaisseaux artériels et veineux se trouvent très rapprochés de la trachée, parfois même ils débordent la fourchette sternale au niveau de sa face antérieure. Aussi a-t-on vu plus d'une fois des cas de mort par section de ces vaisseaux.

Dans la trachéotomie en un temps, on opère dans la sous-région supérieure ; dans le procédé de Bourdillat, dans la sous-région inférieure. Les données anatomiques font donc prévoir que les hémorrhagies seront plus fréquentes, et plus redoutables dans le dernier procédé et l'expérience clinique vient confirmer ces prévisions.

Conséquences de l'opération. — La crico-trachéotomie s'est encore vue attaquée au sujet de ses conséquences : ce n'est pas impunément, a-t-on dit, que l'on coupe le cricoïde. En pénétrant dans le larynx, en opérant au voisinage des cordes vocales, on produit une inflammation qui peut avoir des suites funestes sur jeu de la glotte. On peut aussi couper un des muscles crico-thyroïdiens et amener plus tard la dysphonie. L'observation seule pouvait prononcer. Or, depuis cinq ans, M. de Saint-Germain pratique la crico-trachéotomie et compte de nombreux cas de guérison. Il a revu nombre de ses opérés et aucun n'a présenté jusqu'ici de troubles de la phonation.

Nous en avons fini avec la longue série de reproches adressés à la trachéotomie en un temps. Parmi les objections formulées, les unes reconnaissent pour point de départ une connaissance incomplète des règles à suivre, règles dont il ne faut pas se départir, ou des précautions à prendre pour mener à bonne fin l'opération.

Dans cette catégorie, rentre ce qui a été dit sur la fixation du larynx, sur l'insuffisance des points de repère, sur le prétendu danger de blesser la paroi postérieure de la trachée et de l'œsophage. D'autres, mieux fondées, traduisent quelques desiderata de l'opération telle qu'elle a été pratiquée jusqu'à ce jour. Nous avons eu soin d'insister sur le peu d'importance que présentait l'impossibilité de savoir à 1 ou 2 millimètres près l'épaisseur des parties molles pré-laryngées et pré-trachéales, étant donné l'extrême rareté des cas où cette épaisseur dépassait 1 centimètre et quart. Nous avons démontré qu'on pouvait prendre une connaissance approximative de l'épaisseur des tissus en saisissant la peau entre les doigts. Le sifflement et la pluie de sang obtenus dans tous les cas grâce à la cannelure du bistouri, enlèvent toute force à cette opinion qu'on n'a pas les moyens suffisants de reconnaître qu'on a pénétré dans le tube respiratoire et réduisent à néant l'argument le plus sérieux des adversaires du procédé en un temps.

Qu'il nous soit permis maintenant de signaler en quelques mots les avantages considérables de ce procédé. Personne ne lui conteste la rapidité. Il nous est arrivé de faire des trachéotomies en vingt, en quinze secondes, depuis le moment où le bistouri pénètre dans la peau jusqu'à l'introduction de la canule inclusivement. Cette rapidité peut offrir les plus grands avantages dans certains cas d'asphyxie complète dépendant d'un obstacle à la glotte.

Le petit malade perd moins de sang, parce que la région est moins riche en vaisseaux, parce que l'opération est moins longue et que le rétablissement de la respiration amène l'affaissement plus rapide des veines sectionnées. Sans doute un peu de sang tombe dans la trachée ; mais il en est de même dans la trachéotomie en plusieurs temps, et dans les cas où dans ce dernier procédé il n'existe pas de parallélisme entre les lèvres de l'incision cutanée et de l'incision trachéale, une quantité notable du fluide sanguin peut pénétrer dans les voies aériennes pendant les tâtonnements que nécessite l'introduction de la canule.

La situation plus superficielle du larynx et de la trachée au point d'élection de la crico-trachéotomie rend l'opération plus facile.

La supériorité du procédé en un temps sur les autres procédés de trachéotomie nous paraît être bien établie. Nous n'avons plus

que quelques mots à dire sur les raisons qui nous ont fait adopter, suivant les âges, deux lieux d'élection pour l'introduction du bistouri. Sur le cadavre comme sur le vivant, il nous a toujours été facile de sectionner le cricoïde. Mais sur des enfants d'un certain âge, huit, dix, douze ans, ce cartilage n'est pas aussi élastique qu'à deux et quatre ans. La dénomination de *premier anneau* de la trachée qui lui a été donnée par M. de Saint-Germain, à cause de sa minceur et de son extrême élasticité, si vraie dans les premières années, ne lui est plus tout à fait applicable plus tard. Il devient plus volumineux, plus résistant. Les deux parties sectionnées se laissent bien écarter, mais elles se rapprochent avec assez de force dès que le dilatateur ne les maintient plus. Aussi, après incision faite et le dilatateur introduit, comme cet instrument a de la tendance à se porter vers l'angle inférieur de la plaie, le rapprochement des deux portions du cricoïde peut gêner l'introduction de la canule. Nous avons vu dans deux cas un de nos collègues réussir plus facilement à introduire la canule sous le dilatateur, parce que de cette façon cet instrument était porté vers l'angle supérieur de la plaie et écartait les branches du cricoïde.

En présence de cette difficulté nous nous sommes demandé quel inconvénient il pourrait y avoir à pratiquer la trachéotomie en un temps immédiatement au-dessous du cricoïde. Avant quatre ans nous avons rencontré des difficultés sérieuses : le cricoïde, dans bon nombre de cas, n'est pas reconnaissable au palper ; la trachée n'a parfois que 6 millimètres dans son diamètre antéro-postérieur, et la couche de parties molles qui la recouvre peut ne présenter que 8 millimètres d'épaisseur, en sorte que la distance de la peau à la paroi postérieure de la trachée n'est que de 14 millimètres. Donc, dans ces cas, danger de s'égarer, de piquer la trachée trop bas, ou bien danger de blesser la paroi postérieure de cet organe ; et, comme à cet âge le cricoïde se laisse écarter absolument comme un anneau de la trachée, que la paroi postérieure du larynx est située de 1 à 2 millimètres plus profondément que la paroi correspondant à la trachée, que le pli crico-thyroïdien, toujours très accusé, est un point de repère excellent, nous pensons qu'il faut faire la crico-trachéotomie.

Au-dessus de quatre ans, d'une manière générale, toutes ces conditions changent ; la résistance du cricoïde s'accroît, en même temps sa partie médiane saillante s'accuse et devient un excellent

point de repère. Enfin le diamètre antéro-postérieur de la trachée est suffisant pour qu'avec 1 centimètre et quart de lame il n'y ait pas le moindre danger d'atteindre sa paroi postérieure. Donc au-dessus de quatre ans on peut presque toujours, avec les mêmes garanties, pratiquer la trachéotomie en un temps immédiatement au-dessous du cricoïde.

(*La fin au prochain numéro.*)

CORRESPONDANCE

Chorée guérie en huit jours à la suite de l'emploi du salicylate de soude.

A M. DUJARDIN-BEAUMETZ, secrétaire de la rédaction.

Je crois devoir communiquer aux lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique* le fait de pratique médicale suivant, qui me paraît digne d'intérêt :

Le 8 mars 1879, un de mes clients amène à ma consultation sa fille, âgée de dix ans, que j'ai, à plusieurs reprises déjà, traitée pour des accidents variés de scrofule, et qui se trouve atteinte, depuis plusieurs jours, de mouvements choréiques limités au côté droit.

Le père est depuis longtemps sujet à des accès épileptiformes que j'ai considérés comme réflexes de troubles gastriques se traduisant, entre autres choses, par des hématémèses. Le régime lacté, le bromure et l'arsenic ont à peu près triomphé, et de la lésion stomacale et des crises convulsives, aujourd'hui rarissimes. Si j'insiste sur ces antécédents, indiquant une tendance héréditaire aux névroses, c'est pour démontrer que je devais considérer ce cas de chorée comme devant être assez rebelle et, par conséquent, peu favorable à une tentative thérapeutique.

L'origine rhumatismale de la maladie me parut ressortir de son historique, d'ailleurs bien court. Quelques jours avant l'apparition des mouvements choréiques, l'enfant s'était plainte de douleurs dans les bras et dans les jambes. Les mouvements involontaires, les grimaces apparurent après, si faibles tout d'abord, que les parents croyaient, comme il arrive souvent, que l'enfant s'amusait, et ils la morigénaient. Les mouvements allaient augmentant rapidement d'intensité, quand le père me l'amena.

Je venais de lire la discussion sur le salicylate de soude, à la Société de thérapeutique, au cours de laquelle le docteur Ar-

chambault est venu affirmer la parfaite innocuité de cet agent chez les enfants. Le rhumatisme articulaire aigu est chose rare dans mon rayon, comme la chorée d'ailleurs, et depuis l'acquisition précieuse pour la thérapeutique des algies rhumatismales de l'acide salicylique, je cherche encore un cas bien franc qui me permette de l'administrer. Jusqu'alors, je ne l'avais essayé que dans un cas de rhumatisme chronique chez une femme, chez laquelle, sans modifier la diathèse, il agit assez bien comme anodin. Mais il provoqua chez ma malade une surdité et une mauvaise humeur qui me refroidirent singulièrement à l'endroit de la série déjà respectable des salicylés.

L'origine franchement rhumatismale du cas présent, son intensité encore faible et l'âge de la malade me décidèrent à essayer l'emploi du salicylate de soude à la dose de 6 grammes par jour.

Le premier jour, vomissements après chaque prise. Insomnie. Le second jour, la tolérance s'établit, l'appétit est bon, le chiffre des urines s'élève, le sommeil revient et les mouvements choréiques, loin de continuer à s'accroître, diminuèrent. Légère obnubilation de la vue et de l'ouïe.

J'ai tenu l'enfant six jours sous l'action du salicylate, et elle en a absorbé 34 grammes, les deux derniers paquets n'ayant pas été donnés. Les mouvements étant à peu près supprimés; je suspends l'usage du moyen.

Je conseille simplement le drap mouillé au saut du lit, l'exercice modéré avec mouvements rythmés, volontaires, une alimentation riche. Les mouvements n'ont pas reparu. Huit jours après ma première visite, l'enfant jouait à la balle avec autant de précision qu'auparavant. Aujourd'hui 21 mars, la guérison ne se dément pas.

Je livre ce cas sans y attacher plus d'importance qu'il ne mérite; car une guérison si rapide n'est peut-être qu'une simple coïncidence. Il appelle de nouvelles expériences qui ne tarderont pas à nous éclairer sur la valeur du salicylate de soude dans la chorée.

Ainsi qu'il arrive souvent, un second cas de chorée s'est présenté à ma consultation dans la même semaine. Mais, comme je ne pouvais surveiller l'emploi du moyen, vu l'éloignement de la malade (une petite fille aussi), j'ai préféré me priver d'une nouvelle expérience et m'en tenir à un traitement banal.

DRESCH.

Foix, mars 1879.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique climatologique des maladies chroniques (par le docteur Thaon), publication du *Progrès médical.*

Le travail présenté au public médical par le docteur Thaon est le premier fascicule d'une étude sur la clinique et la thérapeutique climatologique des affections chroniques. Tout naturellement, c'est la *phthisie pulmonaire* que l'auteur a étudiée en premier lieu. M. Thaon, en effet, est connu pour ses recherches originales sur cette maladie, il appartient à la jeune école française des anatomo-pathologistes, et rejette bien loin le dualisme de la phthisie : pour lui le tubercule est l'élément nécessaire de la maladie de poitrine, et la phthisie caséeuse n'existe pas.

Cette opinion est énergiquement défendue par l'auteur dans la première partie de son ouvrage, en même temps que celle-ci : la tuberculose et la scrofule sont deux termes de la même affection ; la phthisie est la scrofule du poumon. — Cette manière d'envisager la tuberculose n'est pas nouvelle, mais les arguments tirés de l'anatomo-pathologie que donne M. Thaon sont essentiellement originaux.

Si l'on ajoute que la partie purement climatologique du travail n'est pas traitée d'une manière moins intéressante, que les statistiques cliniques et météorologiques y abondent, il sera facile de comprendre que l'ouvrage de M. Thaon se recommande au lecteur par les meilleures qualités.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 19 et 26 mai 1879 ; présidence de M. Daubrée.

Effets des inhalations d'essence de térébenthine. — Mémoire de M. Poincaré. L'auteur a examiné et interrogé deux cent quatre-vingt-deux ouvriers employant cette substance à un titre professionnel quelconque ; en outre, il a maintenu, pendant sept, huit, douze et même seize mois, des animaux dans un milieu fortement chargé de vapeurs de la même substance. Les phénomènes accusés par les ouvriers étaient de la céphalalgie, un trouble du sentiment d'équilibre, une grande irritabilité du caractère, une sensation de picotement aux yeux, du larmoiement, de l'affaiblissement de la vue se manifestant surtout à la lumière artificielle, des coryzas fréquents, de la toux, des irritations granuleuses du pharynx et du larynx, des vomissements et des troubles digestifs variés. Au début, ces effets se produisent en général, même quand le travail est de peu de durée et qu'il s'effectue dans de bonnes conditions d'aération ; mais, sous l'influence d'une habitude rapidement acquise, ils ne se montrent plus qu'à la suite d'un travail prolongé ou fourni dans un milieu confiné. Quant aux inhalations expérimentales, si les animaux sont maintenus dans un milieu dont l'air est renouvelé constamment, tout en apportant

avec lui une quantité modérée de vapeurs d'essence de térébenthine, ils paraissent rester dans un état physiologique.

Sur la présence du mercure dans les eaux minérales de Saint-Nectaire. — Note de M. Ed. Willm.

La conclusion de ces recherches est que, en supposant que le mercure soit réellement un élément constant de l'eau du Rocher, la quantité qui est accusée par la seule expérience positive de l'auteur est bien loin de pouvoir être comparée à celle qui résulterait des expériences de M. Garrigou.

Sur les altérations du sang dans l'urémie. — Note de MM. Morat et Ortille.

« Nous nous sommes proposé dans ce travail : 1° de déterminer la composition gazeuse du sang dans l'état urémique ; 2° de rechercher si le sang dans cet état contient du carbonate d'ammoniaque.

« Cette recherche ne peut se faire que chez les animaux d'une façon exacte. Pour nous rapprocher le plus possible des conditions présentées par les malades urémiques, nous avons tantôt pratiqué la double néphrotomie, tantôt de préférence nous avons lié les deux uretères. A la suite de cette dernière opération, les animaux (chiens) ont présenté constamment un abaissement notable de la température (3 à 4 degrés), de la diarrhée, des vomissements, et, aux approches de la mort, qui survenait en moyenne vers le troisième jour, de la somnolence et de la torpeur : tous symptômes qu'on rencontre habituellement chez les urémiques. Enfin, dans un cas, nous avons noté une modification du rythme respiratoire assez analogue à la respiration de Cheyne-Stokes.

« Le pouvoir respiratoire du sang, jusqu'au moment où l'animal succombe, ne change pas notablement. La quantité d'oxygène absorbable par 100 centimètres cubes de sang défibriné, chez nos animaux néphrotomisés ou ayant les uretères liés, n'a jamais été inférieure à 18 centimètres cubes; parfois elle s'est montrée supérieure à 21; normalement, elle oscille autour de 20. La richesse en oxygène et en acide carbonique du sang artériel extrait des vaisseaux ne diffère pas non plus notablement de ce qu'elle est à l'état normal. L'oxygène augmente quelquefois légèrement aux approches de la mort. Ainsi, chez un de nos sujets, la proportion de ce gaz était 18,4 pour 100 avant l'opération et 21,6 pour 100 trois jours après, quand il était près de mourir.

« Que devient chez un animal ainsi rendu urémique le pouvoir respiratoire de ses tissus? Au moyen du procédé employé par M. P. Bert, nous avons déterminé comparativement quelles sont les quantités d'oxygène et d'acide carbonique absorbées et exhalées dans le même temps par un même poids de muscle ou de glande pris à un animal sain et à un animal rendu urémique. La capacité respiratoire des tissus de ce dernier est notablement abaissée.

« On a beaucoup discuté sur la présence du carbonate d'ammoniaque dans le sang des urémiques, ainsi que sur le mécanisme de sa production. Chez tous nos animaux, nous avons constaté, dès le second jour, la présence du carbonate d'ammoniaque dans l'estomac et l'intestin. Il nous est arrivé aussi de la constater dans le sang, mais assez rarement et seulement lorsque l'animal était près de succomber. Il résulte de cette observation que le carbonate d'ammoniaque peut exister dans le sang des urémiques, ce qui avait été nié, mais qu'il n'existe pas non plus constamment. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 20 et 27 mai 1879; présidence de M. Richet.

Note sur la déglutition. — M. Guinier communique une note sur le mécanisme de la déglutition.

Hors du repas, l'épiglotte, complétée par les replis glosso-épiglottiques,

arrête, comme le ferait une écluse, tout ce qui s'écoule et glisse de la bouche vers le puits œsophagien, jusqu'à ce qu'une déglutition la débarrasse de son fardeau.

Pendant le repas, les déglutitions se produisent à mesure de l'accumulation, dans les fossettes glosso-épiglottiques, des bouchées alimentaires réduites en pulpe par la mastication et l'insalivation. La bouchée alimentaire, ainsi transformée en pulpe ou bol, et parvenue au-delà de l'isthme du gosier, contre la face linguale de l'épiglotte, remplit progressivement les fossettes glosso-épiglottiques et y provoque le besoin de déglutition.

Sous la première impression de ce besoin, les constricteurs entrent en scène; au moment même où le déplacement du larynx va commencer, le constricteur supérieur se contracte ; il rétrécit ainsi l'entrée du pharynx œsophagien au niveau de l'épiglotte de manière à maintenir le bol prêt à dépasser le bord libre de l'épiglotte et à verser dans le larynx.

En même temps, le voile du palais se relève à la rencontre du constricteur supérieur contre lequel il appuie son bord libre et la luette, et il ferme ainsi le pharynx nasal. Les piliers du voile se rapprochent et, avec l'aide du dos de la langue, ferment l'isthme du gosier.

Le bol ainsi fait prisonnier dans les fossettes glosso-épiglottiques n'a d'autre issue que l'œsophage, et sa déglutition s'y opère en effet en un seul temps et, d'un seul bond, de la manière suivante :

La respiration s'arrête ; la glotte se ferme ; le corps du larynx est porté en haut et en avant, sous les cornes de l'os hyoïde ; la langue se gonfle, s'élève, va chercher un point d'appui contre le voile du palais qu'elle refoule ainsi vers le pharynx nasal ; sa base tire sur la charnière de l'épiglotte et retourne les fossettes glosso-épiglottiques comme le fond d'un sac ; et l'épiglotte bascule en arrière, comme la cuiller d'un inodore, laissant s'écouler dans le trou œsophagien la masse pulpeuse qu'elle retenait jusque-là.

Des préparations alcooliques de digitale. — Après avoir insisté sur les inconvénients et les abus qui résultent de l'emploi des préparations alcooliques de digitale, M. Duroziez expose de la façon suivante les conditions qui doivent présider à l'emploi de ce médicament.

Sous toutes les formes la digitale doit être employée aux plus faibles doses recommandées par les auteurs, comme si on avait affaire à des préparations très bien faites. Elle doit être surveillée jour et nuit ; c'est la nuit qu'elle détermine le plus d'accidents.

L'auteur a choisi les préparations alcooliques parce qu'elles sont les plus dangereuses : elles contiennent la digitaline cristallisée qu'on ne peut prescrire que par quarts de milligramme, tandis que le sulfate d'atropine est prescrit par demi-milligrammes. La digitale doit être donnée avec autant de réserve que la belladone.

Une erreur a peut-être été cause de la prodigalité qu'on montre aujourd'hui pour la digitale. On a fait croire à Trousseau que Dickinson employait la poudre de digitale à la dose de 45 grammes par jour; il consentit à en donner 15, que le malade vomit immédiatement. Je ne crois pas qu'il ait recommencé. Les livres de thérapeutique les plus répandus ont repété que Trousseau, à l'exemple de Dickinson, donnait non pas 45 grammes, mais 15 grammes. Or, dans l'article de Dickinson, il s'agit de 45 grammes de l'infusion anglaise.

Ceux qui ont donné 1 gramme se sont alors trouvés très modérés.

Il y avait autrefois les granules d'Homolle et Quévenne, contenant 1 milligramme d'une certaine digitaline. M. Homolle, au moyen du chloroforme, a doublé la force de cette digitaline ; les granules sont deux fois plus forts et conservent cependant la même appellation d'Homolle et Quévenne.

Le Codex a adopté cette dernière digitaline jusqu'à révision, nous l'espérons.

Le Codex devra modifier son sirop de digitale, qui est beaucoup trop fort.

Le vin de Trousseau devrait être appelé « vin trop digitalique de Trousseau » : beaucoup de médecins ne savent pas qu'il contient des quantités dangereuses de digitale. Dans le *Traité de thérapeutique* de Pidoux et

Trousseau, il est placé à l'article Scille et manque à l'article Digitale. La formule a été changée par Trousseau et M. Regnauld. Le nouveau vin est plus fort. A la dose de 30 grammes par jour il détermine des accidents : nous le voyons recommander dans des livres classiques à la dose de 50 à 150 grammes.

La teinture alcoolique de digitale donne 60 gouttes au gramme. Beaucoup de médecins prescrivent 10 gouttes; quelques autres prescrivent 3 grammes, 180 gouttes. Dans le delirium tremens, il n'y a plus de doses.

L'extrait alcoolique est très énergique ; à 10 centigrammes il fait vomir; à 40 il fait délirer.

La poudre dès 10 centigrammes produit des accidents, quand elle est bonne, bien entendu. Nous regrettons de ne pouvoir reproduire ici tous les intéressants détails consignés dans le travail de M. Duroziez.

L'appareil dit *respirol.* — M. Poggiale présente, au nom de M. J. Léard, pharmacien, un appareil dit « respirol ».

Cet appareil a pour but de faire respirer un air pur dans tout milieu ne contenant pas d'air respirable et offrant des dangers d'asphyxie, ou dont l'air est vicié par des émanations délétères ou chargé de poussières nuisibles à la santé.

En isolant la personne qui en est munie du milieu où elle se trouve, et en la maintenant en communication avec un air respirable, cet appareil est destiné à rendre les plus grands services dans les laboratoires de chimie, dans les mines, dans les égouts, dans les puits perdus, dans les cales de navires, les fosses d'aisances, les soutes à charbons et un grand nombre d'usines, et, en cas d'incendie, dans les locaux envahis par la fumée.

Le respirol, par sa construction, par son application sur la tête, par la disposition de ses soupapes et celle de ses conduites d'air, et enfin par son peu de pesanteur (800 grammes, le tiers du poids du casque des pompiers), permet à la personne qui en est munie de se diriger et de se mouvoir librement, de respirer par le nez, de pouvoir ouvrir la bouche à volonté, et de ne prendre que juste la quantité qui lui est nécessaire pour la respiration.

Il laisse ainsi la facilité de se livrer sans danger aux travaux de sa profession, et de porter secours en cas d'incendie ou d'asphyxie.

Le respirol se compose de deux parties : le masque ou capuchon, et le respirol proprement dit.

La figure page 512 montre l'appareil ajusté sur une personne.

Le masque C ou capuchon en caoutchouc, toile ou tissu imperméable, se fixe sur la tête au moyen de lanières K, J, J, de même matière, convenablement disposées et réunies pour que l'adhérence avec la tête soit aussi parfaite que possible.

Le masque C laisse par sa forme, entre la figure et lui, un espace libre qui se remplit d'air et dans lequel la personne prend par le nez et la bouche la quantité d'air nécessaire pour entretenir la respiration.

Deux petites glaces ou oculaires D permettent de se diriger et de travailler.

Au-dessous et vis-à-vis de la bouche est l'appareil respiratoire proprement dit, ou respirol AB, à soupapes inspiratrices et expiratrices.

Cet appareil respiratoire se compose d'un cylindre mis en communication avec l'intérieur du masque par une tubulure. Ce cylindre renferme quatre soupapes : deux latérales qui laissent passer l'air inspiré venant de la conduite bifurquée 3, 4 ; deux verticales, dans les enveloppes métalliques 1, 2, qui laissent échapper l'air expiré, ainsi que l'excédant d'air qui peut exister dans l'espace situé entre le masque et la figure.

Les soupapes sont en caoutchouc ; elles ont la forme d'un doigt de gant, et sont fendues en deux ou en quatre à leur extrémité.

Leur disposition est telle qu'elles s'ouvrent et se ferment alternativement en temps opportun. Les enveloppes métalliques 1, 2, qui protègent les soupapes servant à l'expiration, sont perforées.

La conduite d'air G est fixée par un anneau F à des bretelles I assujetties à une ceinture H ; elle se bifurque en deux conduits, 3, 4, qui passent de chaque côté de la tête et se raccordent avec l'appareil respiratoire A.

Les bretelles peuvent servir à monter ou à descendre le travailleur suivant le cas.

La crépine E, qui termine le tube conducteur de l'air, est percée de petits trous et garnie de coton pour tamiser l'air.



Dans les laboratoires et usines où les dégagements délétères sont plus légers que l'air, ou bien lorsque l'air n'est vicié que par des poussières toxiques, on peut prendre l'air directement dans la pièce où l'on travaille, au moyen de la crépine qui est placée derrière soi au niveau du sol, comme le montre la figure ci-jointe.

Le respirol peut fonctionner sans pompe ou avec toutes espèces de pompes à air lorsque la distance en exige l'emploi. L'appareil peut enfin être employé avec un réservoir d'air placé sur le dos, avec un tube n'excédant pas 25 mètres de longueur et d'un diamètre de 3 centimètres d'ouverture. L'appareil fonctionne sans avoir recours à l'emploi de la pompe.

Pleurésie multiloculaire. — Dans une très intéressante communication, M. Woillez fait part à l'Académie des doutes qu'il a éprouvés sur la légitimité des signes attribués par M. Jaccoud à la pleurésie multiloculaire, et d'une certaine surprise de la précision avec laquelle il a traité du rapport des lésions et des signes, à propos des observations qu'il a recueillies et groupées.

Déjà M. Maurice Raynaud a exprimé ses hésitations en présence de la plupart des faits de pleurésie multiloculaire sur lesquels se base M. Jaccoud. Ni ces faits, suivant lui, ni la théorie de M. Jaccoud, ne semblent justifier son étude clinique.

En présence de cette critique, M. Jaccoud s'est hâté de répondre brièvement que les deux opinions contradictoires devaient faire ajourner la discussion à une époque ultérieure pour attendre le contrôle de nouveaux faits.

M. Woillez ne saurait, quant à lui, accepter cet ajournement, qui couperait court à la discussion. Tout en réservant l'avenir, les données actuelles, fournies par la science française, lui paraissent suffisantes pour permettre de se prononcer dès maintenant sur la valeur des caractères attribués par M. Jaccoud à la pleurésie multiloculaire.

Examinant la question, comme M. Jaccoud, aux points de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement : au point de vue du diagnostic, il constate un désaccord entre l'observation constituant le premier type et les cinq observations comprises dans le cadre du second type. Il n'y a donc en réalité qu'un fait. Dans les autres on sort de la constatation pure pour entrer dans l'hypothèse. Sans doute le principe physique de la transmission des vibrations intra-pulmonaires jusqu'aux parois thoraciques par les brides d'adhérence en forme de cordons est correct ; mais dans ces cas l'application de la théorie physique à l'organisme n'est pas facile à concevoir.

Il ne reste à M. Jaccoud pour légitimer les signes qu'il a formulés que leur coexistence dans toutes les observations du deuxième type établi par lui.

A propos des trois signes caractéristiques assignés par M. Jaccoud à son type commun de pleurésies multiloculaires, l'affaiblissement des vibrations vocales, le souffle bronchique éclatant et la bronchophonie forte, M. Woillez se propose de rechercher s'ils ne se rencontreraient pas dans des conditions différentes. Il résulte de l'examen auquel il s'est livré sur ce point, qu'en général dans la pleurésie avec épanchement le simple affaiblissement vibratoire vocal est la règle, et l'abolition complète des vibrations, l'exception. Sur quatre-vingts observations de pleurésies franches avec modification du frémitus vocal, M. Woillez n'en a compté que douze dans lesquelles l'abolition des vibrations était complète. Dans soixante-six autres les vibrations n'étaient pas diminuées d'intensité.

Ne faut-il pas conclure de ces données que, les vibrations disséminées et diffuses étant un signe banal de pleurésie, on ne saurait les considérer comme caractéristiques d'une forme particulière de l'affection, ni surtout y voir un signe fondamental ?

Le souffle bronchique, éclatant ou non, est aussi un signe habituel des épanchements, que l'on rencontre également dans les cas d'épanchements peu ou très abondants. Il en est de même de la bronchophonie. Dans un fait analogue au premier fait de M. Jaccoud, et où il s'agissait bien d'une pleurésie multiloculaire, M. Woillez n'a trouvé ni le souffle intense ni la bronchophonie forte que M. Jaccoud a attribués à cette pleurésie. Les signes perçus avaient été ceux d'une pleurésie vulgaire.

Les signes si bien constatés dans la première observation de M. Jaccoud ne sauraient donc être généralisés.

M. Woillez, passant à la question du pronostic, ne partage pas non plus sur ce point l'opinion de M. Jaccoud. Comme M. Maurice Raynaud et comme la généralité des médecins en France, il regarde les adhérences comme étant, dans la plupart des cas, sans effets nuisibles Sans doute il reconnaît qu'il y a des cas où les adhérences ont des effets pernicieux, mais on ne saurait le dire de tous.

Enfin, sur le dernier point, les adhérences du diaphragme, dont M. Jaccoud a très bien décrit les signes, M. Woillez partage son opinion, particulièrement en ce qui touche aux dangers, dans ce cas, de la thoracentèse pratiquée à la base de la poitrine.

Dédoublement des opérations cérébrales et activité isolée des hémisphères cérébraux démontrés par l'anatomie, la physiologie et la pathologie. — Les conclusions de M. le docteur Luys sur ce sujet si important non seulement en médecine, mais en psychologie et en physiologie se résument dans les propositions suivantes :

1° Dans les conditions normales du fonctionnement du cerveau, les hémisphères sont doués d'une certaine autonomie ;

2° L'hémisphère gauche, plus hâtif dans son développement, est aussi celui qui présente le plus de masse. En général, il surpasse son congénère de 5 à 7 grammes normalement en poids ;

3° Si les lobes cérébraux, au point de vue de certaines opérations psychiques d'ensemble, agissent d'une façon synergique, il existe par contre un certain nombre de circonstances dans lesquelles cette synergie cesse d'exister. Ainsi, dans l'action d'articuler des sons et de tracer de la main droite des caractères graphiques, dans le langage oral ou dans le langage écrit, c'est l'hémisphère gauche seul qui entre en action ;

4° Dans l'action de jouer des instruments de musique et du piano en particulier, la culture crée des conditions artificielles de l'activité cérébrale, en vertu desquelles chaque lobe agit isolément d'une façon indépendante de son congénère, non seulement au point de vue des phénomènes psycho-moteurs, mais encore au point de vue des opérations mentales, pour lire la musique, assembler des souvenirs, accomplir des opérations de jugement et ordonner des actes moteurs coordonnés;

5° Dans le domaine de la pathologie mentale, ces aptitudes naturelles à l'activité autonomique de chaque lobe cérébral sont susceptibles de se révéler avec un grand caractère d'énergie.

Chez les aliénés, l'écart en poids entre la masse des lobes cérébraux est beaucoup plus grand que normalement. La déséquilibration entre chacun d'eux est beaucoup plus accentuée. C'est le lobe droit qui, dans ces cas, absorbe à lui seul l'activité trophique. L'écart, au lieu d'être de 7 grammes, s'élève quelque fois jusqu'à 25 à 30 grammes (sans lésion destructive).

Chez certains aliénés, les hallucinés lucides, les hypochondriaques lucides, la coexistence de la lucidité et du délire peut trouver son explication rationnelle dans l'intégrité d'un lobe cérébral et l'hypertrophie morbide de certaine région du lobe opposé. Dans un certain nombre de cas semblables, nous avons constaté que le travail morbide était unilatéral et manifesté par une saillie insolite du lobe paracentral.

Ces faits semblent donc augmenter la possibilité de la coexistence de l'hallucination et de la lucidité.

6° En dehors des cas que nous venons de signaler, il existe encore un grand nombre d'états psychopathiques, les impulsions, les aliénations avec conscience, chez lesquels les troubles mordides ne peuvent avoir d'autre explication rationnelle et véritablement physiologique qu'une désharmonie passagère survenue entre les deux lobes cérébraux, dont l'un fonctionne d'une façon irrégulière, alors que son congénère est dans les conditions normales ;

7° Au point de vue du pronostic de la maladie mentale, la survivance de la lucidité et sa persistance étant bien constatées, on peut en déduire des données d'une certaine importance, car ce symptôme impliquerait l'intégrité persistante d'un lobe seulement avec toutes ses aptitudes dynamiques; et réciproquement, l'absence de la lucidité constatée d'une façon précise impliquerait l'envahissement simultané et parallèle des deux lobes

cérébraux. On sait, en effet, que la plupart des hallucinés, au début, sont lucides pendant un certain temps et finissent par cesser de l'être, et qu'au bout de plusieurs années, par l'évolution naturelle du processus morbide, ils finissent par être complètement oblitérés pour les incitations du dehors, et plus ou moins privés de la compréhension de ce qui se passe autour d'eux.

Dans les cas de ce genre, les lésions portent également sur les deux hémisphères, et c'est la démence qui se révèle avec ses caractères d'incurabilité absolue.

8° La théorie, en un mot, du dédoublement de l'activité cérébrale peut donner une explication rationnelle à certains phénomènes morbides des psychoses qui, jusqu'à présent, sont restés dans l'ombre, faute de données suffisantes destinées à les mettre en saillie.

Opération césarienne ; guérison. — M. Depaul présente une observation de M. le docteur Bailly, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, intitulée : « Bassin rachitique de 6 centimètres ; enfant mort; opération césarienne; guérison. »

Le sujet de l'observation est une femme B..., âgée de vingt-sept ans, brune, d'une bonne santé habituelle, résidant depuis deux ans à Montmorency (Seine-et-Oise). Elle présente une brièveté remarquable de la taille ($1^{m},20$), causée par un rachitisme ancien, qui s'accuse par l'élargissement du crâne, par une courbure prononcée à convexité antéro-interne des tibias, par l'arqûre exagérée et le peu de longueur des fémurs, etc.

Cette femme n'a marché qu'à dix ans; son bassin, composé, comme le reste du squelette, d'os incomplètement développés et déformés par le poids du corps et par l'action musculaire, mesure 6 centimètres au plus dans son diamètre sacro-pubien. Malgré ce rétrécissement considérable du canal pelvien, la femme B... est accouchée, il y a quatre ans, spontanément et à terme, après quatre jours de travail, fait assurément surprenant, qu'on ne peut s'expliquer que par la putréfaction du fœtus et par la dislocation préalable des os de son bassin et de sa tête.

Devenue de nouveau enceinte en 1878, cette femme se trouve arrivée au terme de sa grossesse au commencement de mars 1879, et ressent les premières douleurs de l'accouchement le 6 de ce mois, à trois heures du matin. M. Bailly est appelé le lendemain, 7 mars, à trois heures du soir, par M. le docteur Legendre et par Mme Laurent, sage-femme à Montmorency. A son arrivée, il constate l'état suivant : travail actif durant depuis trente-six heures, et, depuis dix heures, rupture spontanée des membranes et perte du liquide amniotique ; contractions expulsives revenant régulièrement toutes les cinq ou six minutes; col de l'utérus revenu sur lui-même et fermé ; partie fœtale inaccessible au doigt. La fatigue éprouvée par la parturiente exigeant une prompte terminaison de l'accouchement, et, d'un autre côté, l'étroitesse considérable du bassin, ainsi que l'occlusion actuelle du corps de l'utérus lui laissant peu de chance de pouvoir extraire le fœtus par les voies naturelles, M. Bailly se décida à pratiquer la gastro-hystérotomie. L'enfant était mort, et c'est uniquement dans l'intérêt de la mère que fut choisi ce mode d'intervention.

L'opération fut simple ; la matrice, une fois vidée, se rétracta avec force, et la malade perdit 150 grammes au plus de sang tant pendant l'incision de l'utérus que pendant le décollement du placenta. Aucun vaisseau ne fut lié, aucune suture ne fut faite sur la matrice. La plaie de l'abdomen fut réunie par huit points de suture entortillée.

Des vomissements opiniâtres survinrent pendant les deux premiers jours; M. le docteur Legendre les calma par l'application, sur l'abdomen, de vessies contenant de la glace et de l'eau. A partir de ce moment, le rétablissement ne fut plus troublé que par un œdème douloureux qui se déclara, le 25 mars, dans le membre crural gauche, et disparut complètement au bout d'un mois. Le 28 avril 1879, cinquante-deux jours après l'opération, les règles reparurent et coulèrent régulièrement pendant trois jours, comme d'habitude. Aujourd'hui, 12 mai, la femme B... est complètement rétablie.

M. Depaul la présente à ses collègues de l'Académie, et ajoute que le résultat fait le plus grand honneur à l'habileté de M. Bailly.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 21 et 28 mai 1879; présidence de M. Tarnier.

Pulvérisateur à vapeur. — M. Lucas-Championnière présente à la Société de chirurgie un pulvérisateur à vapeur, qu'il a fait construire par M. Collin. Cet appareil est destiné à pulvériser l'eau phéniquée, exactement dans les mêmes conditions que le pulvérisateur du professeur Lister. Il est d'une forme différente, son maniement est plus simple et il est beaucoup moins coûteux. Comme tous les pulvérisateurs à vapeur, il est constitué par une chaudière chauffée par une lampe à alcool. La chaudière sphérique porte à sa partie supérieure une sorte d'entonnoir qui permet de remplir la chaudière d'une quantité d'eau déterminée; une soupape de sûreté; deux tubes pour la sortie de la vapeur, qui sont mobiles de haut en bas et de bas en haut, pour permettre de diriger le jet. Ces deux tubes n'ont pas de robinet, ils se ferment d'eux-mêmes quand on les relève dans la position verticale. Ils rencontrent sous un angle aigu deux autres tubes par lesquels se fait l'aspiration du liquide phéniqué, placé dans le vase antérieur. Le liquide monte par les tubes plongeurs, filtré par une petite éponge, puis il est brisé par le courant de vapeur, sur l'orifice étroit par lequel il est obligé de passer. La pulvérisation est très fine et faite suivant le procédé recommandé par le professeur Lister. Elle ne mouille pas comme celle de la plupart des autres appareils et couvre un espace considérable.

La présence des deux tubes est une disposition fort importante que M. Lucas Championnière avait depuis longtemps fait adopter pour les divers appareils qu'il a utilisés.

De l'ostéopériostite, de l'ostéomyélite. — M. Le Fort. Peut-on admettre l'ostéomyélite comme constante? faut-il nier l'ostéopériostite au point de vue de l'anatomie pathologique? Au point de vue thérapeutique, doit-on remplacer l'incision simple par le trépan préventif dans la périostite phlegmoneuse?

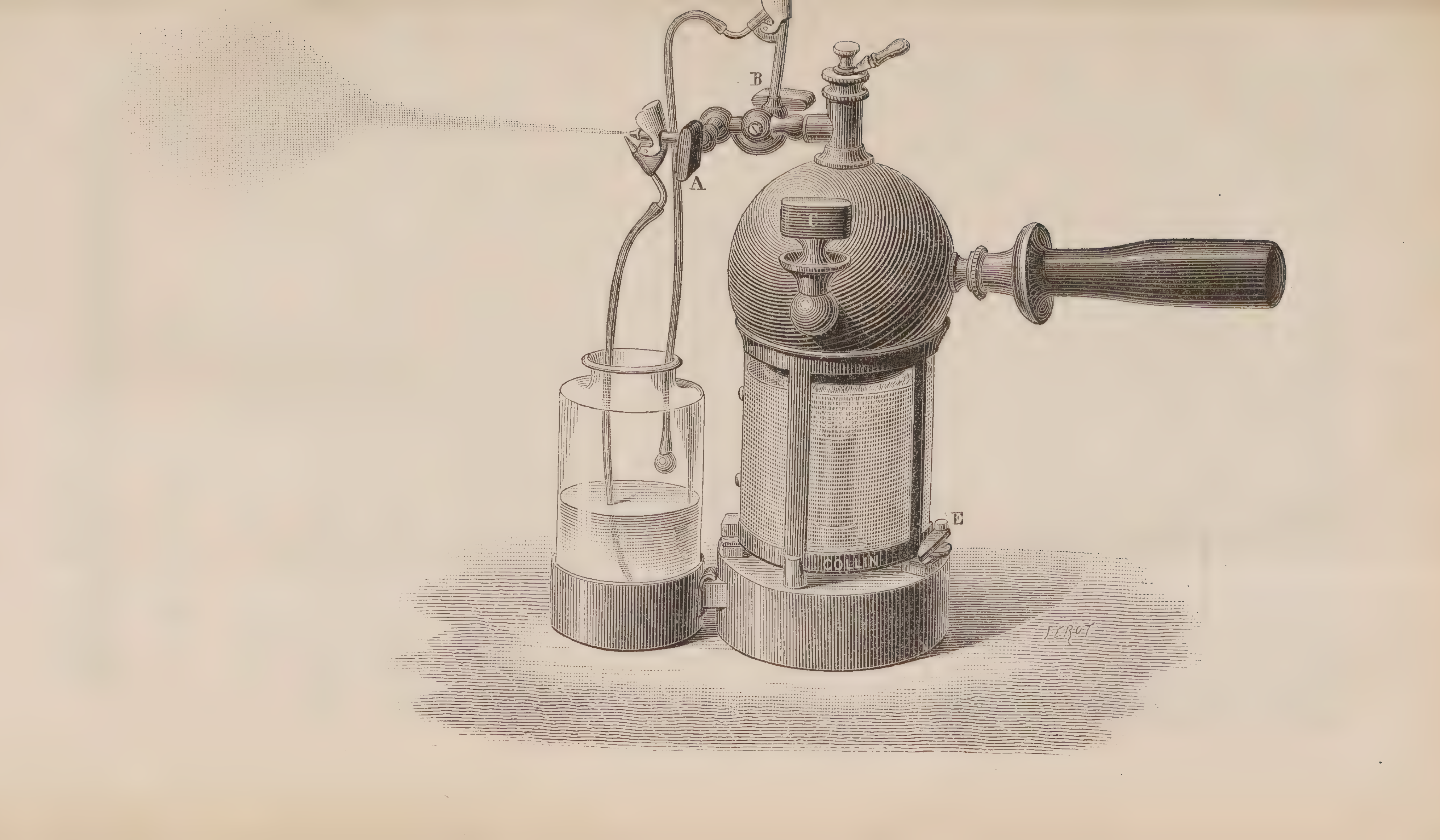
Pour MM. Lannelongue et Trélat, quand l'os est malade, la maladie siège dans les éléments médullaires des canaux de Havers. Autrefois, quand on disait ostéomyélite, on avait en vue les lésions de la moelle, et cette maladie mérite, en effet, d'être caractérisée; on sait la gravité de l'inflammation de la moelle. M. Le Fort pense qu'il ne faut pas changer la signification du mot « ostéomyélite ».

Il y a des cas dans lesquels l'os est pris dans tous ses éléments, comme dans la clavicule nécrosée présentée à la Société de chirurgie en 1873 par M. Le Fort. Mais on ne peut pas nier la périostite existant en dehors de toute autre inflammation de l'os. Si, dans la périostite phlegmoneuse, on constate parfois une inflammation profonde de l'os, c'est une coïncidence et non une relation de cause à effet.

La maladie de la périphérie de l'os n'entraîne pas forcément la nécrose. Quand le périoste s'est détaché, l'os se vascularise; des bourgeons charnus paraissent, et le périoste se recolle. Ainsi la nécrose n'est pas fatale. M. Le Fort présente un garçon de quinze ans qui avait une périostite aiguë du fémur gauche; on fit une incision allant jusqu'à l'os, le malade guérit sans nécrose. L'incision simple a suffi. M. Le Fort n'est point partisan du trépan pour les cas analogues.

Le trépan peut avoir des inconvénients et même des dangers. On n'ouvre pas impunément un canal médullaire, et on ne doit pas le faire sans nécessité. Dans son discours, M. Lannelongue a exagéré les altérations des os, et il a trop généralisé les indications du trépan.

Quand on a affaire à un malade présentant un état général typhoïde et des symptômes aigus du côté d'un os, comme il est impossible de faire le diagnostic exact de la lésion, il faut d'abord inciser jusqu'au périoste inclusivement. Si l'état général et l'état local s'améliorent, on s'en tiendra



B
A
E
COLLIN

là. Si, au contraire, les douleurs persistent, M. Le Fort accepte le trépan. Si on n'a pas pu intervenir de bonne heure, si on a affaire à une inflammation de toutes les parties de l'os, ce n'est plus le trépan qu'il faut appliquer, c'est l'extirpation de l'os qu'il faut faire.

M. Marjolin a observé 112 cas de périostite aiguë ou d'ostéomyélite, dans l'espace de dix ans, dans la salle des garçons, à l'hôpital Sainte-Eugénie. Ces inflammations sont donc fréquentes ; mais assez rarement on assiste au début de l'affection ; quand les petits malades sont amenés à l'hôpital, divers éléments de l'os sont atteints. M. Marjolin insiste sur la nécessité d'établir une distinction très nette entre les mots « ostéite, ostéomyélite et périostite ». Une périostite franche ne peut être assimilée à une ostéite. La périostite peut se déclarer d'emblée, l'ostéomyélite également; mais le plus souvent l'affection est complexe.

L'incision du périoste n'ayant pas donné de pus, si la douleur persiste avec la même intensité, il faut trépaner. Dans les 112 cas observés par M. Marjolin, sur les malades atteints d'affection aiguë, il y eut 27 morts, dont 7 amputés. Au contraire, sur 50 cas d'affections osseuses un peu anciennes, il n'y a pas eu de morts.

M. Berger présente une pièce qui confirme un peu les idées de M. Lannelongue ; il s'agit d'un abcès central de l'extrémité inférieure du tibia. Le malade est mort de tuberculisation pulmonaire aiguë. Le 12 juillet 1873, à l'âge de dix ans, il était entré dans le service de M. Gosselin pour un phlegmon de la jambe, le tibia était dénudé, la guérison eut lieu sans nécrose.

Au bout de deux mois survint un nouvel abcès qui resta fistuleux ; la fistule conduisait sur le tissu osseux; il n'y eut point élimination de séquestre. Le malade rentra à l'hôpital cette année et mourut.

Le tibia avait augmenté de volume ; l'extrémité inférieure de cet os contenait deux abcès distincts séparés par une cloison où le tissu médullaire restait sain. En 1869, le malade avait donc eu un abcès sous-périostique aigu, suite d'ostéite épiphysaire, et il quittait l'hôpital avec une hyperostose considérable. La trépanation n'eût pas amené la guérison, parce qu'elle n'aurait ouvert qu'un des deux foyers purulents.

M. Lannelongue. L'observation de M. Berger a une certaine analogie avec celle de M. Pamard. Une simple périostite n'a pu amener ces deux abcès ; le malade a eu une ostéomyélite.

Pour appliquer le trépan, il y a une série de lieux d'élection ; la maladie naît toujours entre la diaphyse et l'épiphyse, et en appliquant la couronne du trépan en ce point, le pus s'écoulera toujours; car les aréoles osseuses communiquent entre elles et avec le canal médullaire. Il faut trépaner dans les limites et l'étendue de l'abcès sous-périostique.

On a envoyé dernièrement de l'hôpital Lariboisière à Sainte-Eugénie un enfant avec le diagnostic périostite phlegmoneuse du fémur. M. Lannelongue incisa le périoste et trouva du pus; il appliqua le trépan, et du pus sortit également de l'intérieur de l'os. Avant d'opérer, il avait exploré l'os de haut en bas; la région trochantérienne était douloureuse; plus on descendait, plus la douleur à la pression était vive. Le point le plus douloureux était au-dessus du condyle interne du fémur; c'est là qu'on a trouvé du pus sous le périoste et dans l'os. Deux jours après, comme les accidents généraux ne tombaient pas, une nouvelle couronne de trépan fut appliquée vers le milieu de la diaphyse : il sortit encore du pus.

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 23 mai 1879 ; présidence de M. Hervieux.

Amyotrophies liées à une lésion des nerfs périphériques. — M. Desnos analyse en quelques mots un travail de M. Joffroy sur ce sujet. Pendant longtemps, en effet, on a été disposé à croire que les amyo-

trophies relevaient exclusivement d'une dégénérescence primitive des muscles; puis, on rapporta toutes les atrophies musculaires à une lésion dégénérative des cellules des cornes antérieures de la moelle. Or, entre ces deux opinions, qui d'ailleurs peuvent être admises suivant les cas, on doit en placer une troisième. Il est certain que certaines atrophies musculaires reconnaissent pour cause une lésion des nerfs périphériques. Ce fait est indéniable; les recherches de M. Lasègue et celles de M. Landouzy, sur l'atrophie musculaire consécutive à la névralgie sciatique, suffiraient pour le prouver. Les faits observés par M. Desnos et par M. Joffroy confirment la même idée, qui du reste a été émise également par M. Jaccoud, dans une de ses leçons cliniques, sur l'atrophie nerveuse progressive, et par M. Hallopeau dans l'article MYÉLITES du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.*

Tuberculose miliaire aiguë. Albuminurie. Néphrite parenchymateuse. — M. RIGAL. Cette observation présente un grand intérêt clinique eu égard à la difficulté qu'a présentée le diagnostic. Voici l'observation résumée :

Une femme âgée de vingt-trois ans fut prise, sans cause appréciable, de céphalalgie, abattement, faiblesse générale, insomnie, anorexie avec soif vive sans fièvre, diarrhée sans douleurs abdominales, rachialgie. Au moment où je l'examinai, je constatai en outre une desquamation sur presque toute la surface du corps; l'examen des urines permit de constater une albuminurie très notable. Je ne trouvai rien d'anormal à l'auscultation du cœur et des poumons. La malade avait enfin une vaginite assez intense.

En poursuivant l'interrogatoire, j'appris que cette femme avait eu quelque temps avant une affection fébrile accompagnée d'angine. Je crus pouvoir porter le diagnostic : Néphrite consécutive à une scarlatine. Quelque temps après, la malade mourut après avoir présenté des symptômes cérébraux très intenses que je rapportai à l'urémie, et sans avoir offert d'augmentation notable de température.

L'autopsie montra que l'on avait eu affaire à une tuberculose miliaire ayant envahi les poumons et le cerveau. Les reins présentaient les lésions de la néphrite parenchymateuse; l'examen de ces organes fut fait avec grand soin par M. Cornil; on ne trouva pas de tubercules du rein.

Or, c'est là un fait intéressant; on observe pendant la vie de l'albuminurie et un certain nombre de symptômes qui autorisent à porter le diagnostic : Néphrite scarlatineuse et urémie, et l'autopsie montre que la mort a été déterminée par une tuberculose miliaire aiguë.

Je crois qu'il était impossible de poser un autre diagnostic, car rien ne pouvait attirer l'attention vers la tuberculose.

J'ajouterai que l'examen de la muqueuse vaginale a permis de constater sous la muqueuse un grand nombre de granulations tuberculeuses qui avaient certainement provoqué la vaginite observée pendant la vie.

Anosmie intermittente. — M. RAYNAUD communique une observation très intéressante d'anosmie intermittente survenue chez une femme âgée de trente-huit ans, ne présentant aucun symptôme de l'hystérie. Cette anosmie se manifestait matin et soir, et s'accompagnait, fait habituel, d'une perte du goût. La première idée qui vint à l'esprit fut que l'on avait affaire à un accès de fièvre palustre larvée, et, de fait, le sulfate de quinine amena la guérison. Mais, quelques semaines plus tard, l'anosmie reparut avec les mêmes caractères intermittents, et cette fois guérit sans aucun traitement. Il est donc impossible de savoir quelle a été la cause de cette paralysie momentanée de l'odorat.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

Séance du 24 mai 1879; présidence de M. Féréol.

Du climat de Nice. — M. Baréty envoie une note pour protester contre certaines assertions émises dans la dernière séance par M. Grellety contre le climat de Nice dans le traitement des affections pulmonaires. Il est certain, comme l'avoue M. Baréty, que Nice, bien qu'elle soit la reine des stations des bords de la Méditerranée, n'est pas une cité où tout est pour le mieux : elle n'a pas le privilège d'échapper entièrement aux mauvaises conditions d'hygiène dont l'influence sur le développement de la phthisie pulmonaire est si puissante. Malgré l'assertion de M. le docteur Grellety, la phthisie pulmonaire est rare parmi les habitants, et il faut entendre par habitants les personnes indigènes, c'est-à-dire nées dans la ville et y vivant. D'autre part, les phthisiques qui vont à l'hôpital ne sont pas tous des habitants de Nice ou des indigènes. Ce sont, pour la plupart, des malades étrangers à la ville et à la contrée. Ces renseignements sont confirmés par M. le docteur Bourdon, médecin de l'hôpital Saint-Roch. M. Baréty ajoute que non seulement la phthisie pulmonaire est rare parmi les habitants, mais que, lorsqu'elle existe, elle est généralement accidentelle et très susceptible de guérison. Pour ce qui est des étrangers, il n'est pas un médecin de Nice qui n'ait entre les mains ou gravé dans son esprit le souvenir de faits qui prouvent que le climat de Nice est réellement efficace, quoique à des degrés divers.

Des calculs intestinaux. — M. Blondeau communique une observation de calculs intestinaux constitués par de la magnésie. M. Blondeau cite cinq cas de calculs de cette composition ; il en ajoute un sixième, celui d'un de ses clients dont le beau-frère avait déjà rendu des calculs semblables.

M. Bucquoy a vu ce matin même un calcul intestinal d'une nature particulière : ce calcul provenait d'une jeune fille atteinte de phthisie galopante et affectée en outre de constipation opiniâtre. Sous l'influence de lavements et d'un laxatif, cette malade finit par rendre, après des efforts prolongés et douloureux, une concrétion du volume du poing d'un enfant de dix ans, de la consistance d'une pierre. Il s'agissait de fèces durcies au point de rendre en tombant par terre le son d'une pierre.

M. Edouard Labbé a observé des coliques néphrétiques chez une malade qu'il voyait avec le docteur Mercier, coliques survenues vraisemblablement à la suite d'abus de magnésie. En effet, M. Mercier incline à croire qu'un pareil abus peut déterminer des calculs rénaux.

M. Moutard-Martin a vu parfois, chez des sujets affectés de calculs intestinaux ou de rétention de matières fécales, des selles parfaitement régulières : aussi le diagnostic peut-il être, dans ces cas, particulièrement difficile. M. Moutard-Martin cite le fait suivant : Appelé en consultation pour examiner un cancer de l'intestin siégeant dans le flanc droit au-dessus du cæcum, chez un homme de soixante-quatre ans à peu près, on constatait que ce malade, notablement amaigri, vomissait et avait des garderobes liquides et sanguinolentes. Depuis plusieurs mois, il allait chaque jour régulièrement à la selle et rendait des matières fécales moulées, tout à fait normales. Frappé de ce fait important que la maladie durait depuis déjà assez longtemps, constatant que la tumeur intra-abdominale était bien arrondie, que les garderobes n'offraient rien d'anormal, M. Moutard-Martin pensa qu'il pouvait être en présence d'une accumulation de matières fécales. Il fit prendre au malade des douches ascendantes. Le troisième jour, il rendit un bouchon de matières fécales du volume d'un œuf de dinde.

M. Bucquoy rapporte qu'il y a quelques années un homme fut reçu dans son service avec tous les symptômes d'une péritonite chronique : le ventre était ballonné, la constipation opiniâtre. Quelques purgatifs soula-

gèrent le patient, et il quitta l'hôpital très amélioré. Un an après, il rentrait avec des accidents analogues aux premiers, mais plus intenses. Le traitement fut impuissant à conjurer le mal, la mort eut lieu. A l'autopsie, on trouva dans le gros intestin, logés dans un diverticulum de cet organe, deux cent trente-six noyaux de cerises formant une masse compacte. Cette masse s'était déplacée, avait quitté sa loge habituelle et était venue obstruer l'intestin.

M. Féréol a vu une perforation intestinale résulter d'une sorte de petit bézoard constitué par un poil de moustache.

SOCIÉTÉ PATHOLOGIQUE ET CLINIQUE DE GLASCOW.

Séance du 11 mars 1879.

Discussion sur le traitement de l'anévrysme interne par l'électrolyse et l'iodure de potassium (1). — M. Mac Call Anderson expose sa manière de voir sur le traitement des anévrysmes internes par la méthode dite *de Tufnell,* par l'iodure de potassium et par la galvanopuncture.

Le traitement de Tufnell n'est qu'une modification de celui de Valsalva ; on prescrit le repos le plus absolu, un régime débilitant limité à 10 onces d'aliments solides et à 8 onces de boisson dans les vingt-quatre heures. M. Anderson a obtenu une amélioration très marquée par ce moyen dans un cas d'anévrysme thoracique. Il recommande de ne donner que peu d'aliments et de boissons pour éviter tout dérangement des organes digestifs et aussi l'augmentation du volume du sang ; mais il n'est pas partisan de l'inanition, qu'il considère comme plus mauvaise que bonne.

L'iodure de potassium est surtout indiqué dans les cas où l'on a des motifs de penser que l'anévrysme est lié à la syphilis ; et dans la plupart des cas, sinon dans tous, il a soulagé d'une manière remarquable le malaise et les douleurs. Ce résultat est dû en partie à ce que l'iodure de potassium diminue la force d'impulsion du cœur et la pression du sang ; il agit quelquefois aussi comme diurétique, diminue ainsi le volume du sang, et favorisant la contraction du sac anévrysmal, fait cesser la compression des nerfs envahis par la tumeur. Mais l'orateur ne pense pas que ce médicament soulage chaque symptôme dans tous les cas, comme le soutient M. Balfour dans son ouvrage sur les *Maladies du cœur et de l'aorte* (p. 368).

M. Anderson rapporte alors deux cas d'anévrysme thoracique dans lesquels, après l'insuccès des moyens ordinaires, entre autres de l'iodure de potassium à dose de 1 gramme trois fois par jour pendant cinq ou six mois, il eut recours à l'électrolyse.

Le premier cas a déjà été publié. Il s'agit d'une femme, qui a été assez soulagée pour pouvoir se livrer, pendant plus d'une année après sa sortie de l'hôpital, à un travail très rude; mais elle ne prenait aucune précaution et mourut par suite de la rupture de l'anévrysme dans la plèvre. La pièce, présentée à la Société dans la séance du 20 janvier 1874, démontra que la consolidation de l'anévrysme était complète.

Le second cas se trouve rapporté avec détails dans le *Glascow Medical Journal* d'avril 1869, p. 298. Homme de cinquante-deux ans, admis à l'hôpital le 16 avril 1877, pour un anévrysme volumineux de l'aorte, dont il souffre considérablement depuis huit mois. A l'inspection de la poitrine, on trouvait une matité marquée et des pulsations visibles à la partie supérieure de la région précordiale, le centre des pulsations étant dans le troisième espace intercostal, près du sternum. A l'auscultation on percevait un murmure systolique doux. On sentait le choc de la pointe du cœur

---

(1) Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur cette importante discussion sur le traitement de l'anévrysme de l'aorte. Elle montre où en est la question de l'électrolyse dans la cure de ces affections.

dans le sixième espace intercostal, à 2 pouces à gauche du mamelon; il y avait aussi de légers battements à l'épigastre. Les deux pouls étaient égaux.

Le 18 avril 1877, on commença le traitement par l'iodure de potassium : on en donna 1 gramme trois fois par jour, et le 29 avril on porta la dose à 1g,50; repos absolu et régime modéré. On continua ainsi jusque vers le milieu du mois d'août; alors on ajouta 10 gouttes de teinture de vératrum viride. Le malade éprouva une certaine amélioration jusqu'en septembre, mais le 12 de ce mois il remarqua une diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit; la pupille était dilatée et paresseuse, il ressentait une sorte de constriction à la base de la langue. Le 20 septembre, douleurs dans le bras; battements plus marqués de la tumeur.

A partir de cette époque, l'état du malade devint de plus en plus mauvais. Vers le milieu d'octobre la tumeur était très proéminente et molle, presque fluctuante même, et les parois de l'anévrysme étaient très minces.

Le 26 octobre on cessa l'iodure de potassium et le vératrum viride, et on donna à la place 15 gouttes de teinture de digitale toutes les quatre heures, mais on dut y renoncer le 10 novembre à cause du malaise qu'elle produisit.

Ces différents traitements s'étant montrés inefficaces, M. Anderson pratiqua la galvano-puncture le 3 décembre. Avant l'opération, la tumeur avait environ 4 pouces de diamètre, et faisait une saillie d'environ 1 pouce un quart au-dessus des parties environnantes. Les battements étaient très marqués. La pointe du cœur était alors à 3 pouces et demi à gauche du mamelon; le pouls radial gauche était plus faible que le droit, et l'air entrait moins librement dans le poumon gauche que dans le droit.

L'opération dura une heure; l'aiguille réunie au pôle positif fut introduite dans le troisième espace intercostal gauche; 4 éléments furent employés pendant la première demi-heure, et 6 pendant la seconde. En enlevant l'aiguille, il sortit par la piqûre un sang noir; on fit alors la compression avec le doigt, mais le sang continua à s'épancher dans les tissus voisins d'une manière inquiétante, et le malade se plaignit d'une grande douleur dans le dos. On arrêta bientôt l'hémorrhagie par l'application du froid et une forte compression avec le doigt, et pendant la journée on maintint une compression modérée au moyen d'un sachet de sable. Le 7 décembre, la tuméfaction causée par l'infiltration du sang avait beaucoup diminué et la douleur avait entièrement disparu. Le 8 décembre, on prescrivit 15 gouttes de vératrum viride. L'amélioration continua, et le 7 février 1878 le patient quitta l'hôpital, neuf mois après son entrée, et deux mois après l'opération. La tumeur était beaucoup plus petite et plus dure, les battements beaucoup moins marqués, et la douleur nulle. Depuis qu'il a quitté l'hôpital il n'a pas travaillé, mais s'est livré à un exercice régulier, parcourant quelquefois jusqu'à 10 milles à pied dans la journée. Toutefois l'amélioration a été constamment en progressant, et lorsque le malade revint à l'hôpital (5 mars 1879), bien qu'il y eût encore quelques battements et un léger murmure systolique, la matité est à peine sensible au niveau de l'anévrysme. L'état général du malade est entièrement satisfaisant, et lui-même disait qu'il était aussi bien que s'il n'avait rien.

M. Anderson employa la pile à courant continu et à grands éléments de Stöhrer, en ajoutant à la charge de chaque élément 4 grammes d'une solution d'acide chromique, de couleur vineuse, comme le recommande Althaus, pour augmenter les effets chimiques. Les aiguilles furent isolées jusqu'à 1 demi-pouce de leurs pointes par une couche de vulcanite; elles doivent être très aiguës, avec des pointes anguleuses, et il faut prendre bien garde qu'il n'y ait aucune inégalité à l'endroit où commence l'enduit isolant. Il préfère le pôle positif, parce que le caillot est plus solide que celui qui se forme au pôle négatif. Dans chaque cas, immédiatement avant l'opération, il a essayé la pile sur du blanc d'œuf. Il peut survenir des accidents quand on se sert d'un courant trop intense, ou qu'on le fait durer trop longtemps. Il a employé en général de 4 à 8 éléments, et il n'a jamais prolongé l'opération plus d'une heure; mais il n'y a pas de règle absolue à ce sujet. Il ne faut pas trop tenir compte du résultat immédiat, qui, au lieu d'être bon, peut être quelquefois mauvais pendant les premiers jours. Ce traitement n'est applicable que dans la minorité des cas. Lorsque l'anévrysme est situé très haut, ou qu'il comprend quelques-

uns des gros vaisseaux, l'orateur n'est pas bien sûr qu'on ne doive pas préférer la ligature périphérique.

M. John Duncan (d'Edimbourg) dit que le seul traitement chirurgical dans le traitement de l'anévrysme interne est l'électrolyse. Au cas relaté par M. Mac Call Anderson, il peut ajouter ceux de Clifford Allbutt (de Leeds), de Simpson (de Manchester), de Holmes, Marcus Beck, Ciniselli, Benedict, etc. Relativement à l'électrolyse, on peut se demander dans quels cas et de quelle manière on doit l'employer. M. Duncan l'a utilisée dans trois sortes de cas.

La première classe comprend ceux dans lesquels la mort par hémorrhagie externe était imminente ; la peau était sphacélée, parfois dans l'étendue d'une pièce de 2 sous. Ces cas, qui sont certainement les plus défavorables, étaient au nombre de cinq.

Dans le premier il y avait une énorme tumeur extrathoracique qui avait saigné abondamment une heure avant l'opération. Il y eut arrêt de l'hémorrhagie, mais la mort survint par épuisement au bout de dix jours. Dans le second, il y eut production abondante de gaz et légère hémorrhagie de la partie gangréneuse pendant l'opération. Le résultat fut une disparition presque complète de la tumeur. Le malade survécut cinq mois et mourut d'érysipèle et d'empyème. Dans le troisième cas, la mort survint la seconde nuit, après l'opération d'une hémorrhagie externe subite par le point gangréneux. Dans le quatrième, il y eut deux séances, qui produisirent une cessation complète des battements et une grande diminution du volume de la tumeur. La mort eut lieu cinq semaines après, par rupture dans le péricarde. Dans le cinquième cas on ne fit qu'une seule séance d'électrolyse. La portion sphacélée de la peau se sépara, l'orifice était fermé par un caillot solide ; mais il se forma en ce point un abcès dans les parois de l'anévrysme, et la mort survint par hémorrhagie vingt et un jours après. On trouva un très gros caillot dans la tumeur.

La seconde classe comprend les cas dans lesquels il y avait une tumeur extrathoracique d'un certain volume, progressant en dépit du traitement par la méthode de Tufnell et par l'iodure de potassium, et dans lesquels, par conséquent, il y avait menace de mort par hémorrhagie externe. M. Duncan a traité six de ces cas par l'électrolyse.

Premier cas. — Tumeur très volumineuse ; après la première séance, durcissement et réduction de la tumeur ; résultat stationnaire au bout d'une quinzaine de jours ; nouvelle amélioration après la seconde séance, mais cinq jours après, rupture dans la plèvre ; mort.

Deuxième cas. — Tumeur externe du volume d'une orange, à marche très rapide. Trois séances; amélioration légère et temporaire après chacune d'elles, mais mort par pression intrathoracique.

Troisième cas. — Trois séances, amélioration marquée après chacune d'elles ; le malade fut perdu de vue pendant plusieurs mois, la tumeur augmenta; mort par hémorrhagie externe.

Quatrième cas. — Tumeur volumineuse ; diminution considérable et progressive pendant cinq semaines, avec soulagement de la douleur. Le malade rentra alors chez lui et on n'en eut plus de nouvelles.

Cinquième cas. — Tumeur du volume d'une demi-orange, à marche lente ; après la première séance, diminution de volume, qui continue sous l'influence de l'iodure de potassium. Après six mois de ce traitement, le fils du malade apprit au médecin qu'il n'y avait plus de tumeur, et que son père allait bien.

Sixième cas. — Tumeur petite ; deux séances; au bout de sept semaines, la tumeur était presque de niveau avec la paroi thoracique ; huit mois après, mort subite, mais pas d'hémorrhagie externe.

La troisième classe comprend les cas dans lesquels il existait une tumeur intrathoracique ayant résisté à l'action des autres moyens. M. Duncan a opéré dans deux de ces cas. Dans le premier, on sentait la tumeur dans la fosse jugulaire ; le *manubrium sterni* était en partie résorbé ; dyspnée considérable. Amélioration immédiate et progressive après l'opération ; la malade, blanchisseuse et buveuse, reprit son métier et son vice ; le mal récidiva, et la mort survint quelques mois après. Dans le second cas, il y avait une légère saillie dans le second espace intercostal droit ; l'amé-

lioration fut marquée après l'opération, mais le malade quitta l'hôpital avant la seconde séance.

M. Duncan examine ensuite ce qui se passe pendant l'opération, et les dangers qui l'accompagnent. Au pôle positif, il se produit un caillot relativement petit, qui ressemble assez à celui que détermine le perchlorure de fer. Au pôle négatif, il se forme une écume analogue à du blanc d'œuf bien battu. Dans le sac, une certaine quantité de sang s'y altère et prend la consistance du goudron liquide ou de la mélasse et une coloration jaune noirâtre. Quant au danger, il est possible que la production d'un caillot en un point puisse déterminer sur d'autres points des vaisseaux une sorte d'effort qui conduirait à une rupture interne. Mais le danger réel est la formation d'un abcès, dans les parois du sac, par l'action de l'électrolyse sur les tissus, ou l'inflammation du sac lui-même, déterminée par l'action de l'électrolyse sur le sac, ou encore par l'excessive quantité de substance nouvelle mise en contact avec la paroi du sac. Le risque de l'hémorrhagie ne doit pas entrer en ligne de compte, puisqu'on n'a pas vu d'hémorrhagie qu'on n'ait pu arrêter avec le doigt. Pour éviter ces dangers, il est absolument nécessaire de n'employer que des aiguilles protégées par de la vulcanite. Les autres moyens qu'on a suggérés dans ce but, avaient pour résultat de diminuer l'action électrolytique. Il faut avoir soin de bien introduire les aiguilles au-delà de la paroi externe du sac, et on doit y sentir la pointe entièrement libre.

Le choix du pôle à employer dépend du but que l'on se propose. Par exemple, lorsqu'on s'efforce de prévenir une hémorrhagie externe, on a en vue de remplir le sac aussi complètement que possible; alors il faut introduire les deux aiguilles, se servir des deux pôles. On peut toutefois n'en employer qu'un seul s'il n'y a pas urgence. Dans les tumeurs intrathoraciques, M. Duncan est porté à croire qu'il vaut mieux employer le pôle positif, dans le but, non de produire une grande quantité d'action électrolytique, mais de former un petit caillot, autour duquel la fibrine peut se déposer en couches successives. Le caillot du pôle négatif est si extrêmement mou, qu'il convient beaucoup moins dans ce cas. La durée des séances dépend aussi de leur objet immédiat. Si l'on veut remplir le sac, il faut y consacrer une, deux et deux heures et demie. Si l'on se propose de former un petit caillot comme noyau, environ vingt à vingt-cinq minutes suffiront. Le genre de pile ne paraît pas être d'une grande importance; mais il est essentiel, quelle que soit la pile employée, de l'essayer avec le blanc d'œuf avant l'opération.

M. Georges W. Balfour (d'Edimbourg) dit qu'il a employé depuis douze ans le traitement par l'iodure de potassium sur une très grande échelle; douze malades sont encore actuellement en traitement. La première chose qui l'a frappé, c'est la remarquable diminution de la pression intra-artérielle à la suite de l'administration de ce médicament. M. Chuckerbutty a émis l'opinion, adoptée par W. Roberts, que l'iodure tendait à amener la coagulation du sang dans le sac. Mais l'analyse des phénomènes observés pendant la vie et le résultat de l'autopsie dans quelques cas ont convaincu M. Balfour que le soulagement déterminé par l'iodure de potassium était dû à l'épaississement du sac et non à la formation des caillots, qui, lorsqu'elle a lieu, est purement accidentelle et nullement produite par le médicament.

Chez une malade qu'il avait soignée à plusieurs reprises et qui mourut d'une autre maladie dans le service d'un de ses collègues, le traitement avait été suivi de la disparition presque complète des battements superficiels et la diminution simultanée des symptômes de compression. A l'autopsie on trouva un sac anévrysmal du volume d'une grosse orange, partant de l'aorte ascendante, et d'où naissait un sac plus petit, du volume d'une noix, et adhérent à la paroi thoracique antérieure au niveau du troisième espace intercostal. On ne trouva aucune trace de caillot dans l'anévrysme, preuve que le soulagement obtenu n'était pas dû à la coagulation du sang. En pratiquant des sections dans différents points du caillot, et en les examinant au microscope, la tunique interne fut trouvée partout altérée, granuleuse, d'épaisseur irrégulière et manquant par places. La couche musculaire de la tunique moyenne était assez dense, hypertrophiée au

niveau du sac voisin de l'artère; sur le petit sac, à la partie externe, on l'y voyait encore, mais elle avait subi la dégénérescence graisseuse. La couche élastique de la tunique moyenne n'était ni atrophiée ni dégénérée en aucun point; la tunique adventice était considérablement hypertrophiée, surtout à la partie la plus externe du petit sac. La seule action que l'on puisse attribuer sûrement à l'iodure de potassium, au moins dans l'anévrysme, est de diminuer la pression intra-artérielle; il favorise ainsi la réaction normale de la couche musculeuse et des couches fibreuses contre cette pression.

On ne sait si les altérations primaires ou secondaires de la tunique moyenne sont les causes les plus fréquentes des anévrysmes; mais il est évident que si la théorie proposée était vraie, les succès les plus remarquables s'observeraient dans les cas où la tunique moyenne resterait le plus normale, tandis que lorsqu'il ne resterait plus que la tunique externe et que celle-ci serait altérée, le résultat obtenu serait moins bon et exigerait plus de temps.

M. Balfour ne néglige pas les autres moyens capables de l'aider à atteindre la guérison, comme la position horizontale; sachant que cette position diminue le nombre des battements du cœur de 6 à 15 par minute, il garde les malades au lit pendant le traitement; il a soin également de ne pas les inanitier, d'abord parce que le succès du traitement dépend beaucoup de la conservation de la santé générale en aussi bon état que possible; ensuite parce que ces malades, déjà pour la plupart affaiblis par la longue durée de leur maladie, demandent plutôt à être alimentés que privés de nourriture; enfin parce que, comme l'iodure de potassium passe pour détruire les albuminates dans le sang, il est bon d'y maintenir la quantité voulue afin de prévenir l'épuisement et l'insuccès consécutif.

L'iodure de potassium produisant une diurèse abondante, il n'est pas besoin de diminuer la quantité de boisson, mais il faut qu'elles soient aussi douces que possible. M. Balfour commence par donner 1 gramme de cette substance trois fois par jour, et il augmente ensuite la dose jusqu'à 6 grammes dans les vingt-quatre heures. La douleur est généralement soulagée au bout de quelques jours; mais il ne faut pas compter sur une amélioration réelle avant six mois, et pendant tout ce temps le malade doit garder le lit.

M. Byrom Bramwell (de Newcastle) a employé le traitement par l'iodure de potassium dans dix-huit cas, et il en a obtenu d'excellents résultats. Il a enregistré quatre insuccès. Dans l'un l'anévrysme était avancé; dans le second le malade était indocile et ne voulut jamais renoncer à la bière; le troisième sujet ne put supporter l'iodure de potassium, qui, à la dose de 75 centigrammes, produisait des accidents assez semblables à l'angine de poitrine. Dans les autres cas il y eut une diminution marquée de la douleur, et dans la plupart d'entre eux une diminution considérable du volume de la tumeur externe et du sac intérieur. Il n'y eut dans aucun cas de guérison complète; mais cela tient sans doute à ce que le traitement n'a pas été continué assez longtemps.

M. Alexander Robertson rapporte deux cas qu'il a traités par l'électrolyse. Le premier était un anévrysme de la crosse de l'aorte. Il y eut un grand soulagement après les deux ou trois premières séances, mais la mort survint par pneumonie une semaine après la septième et dernière. On trouva un caillot considérable dans l'anévrysme au point où l'aiguille y avait pénétré. Le second cas était un anévrysme de l'artère innominée compliqué par la présence d'un anévrysme abdominal. Le premier fut soumis à la galvano-puncture; le malade fut un peu soulagé, et on trouva des traces de coagulation à l'autopsie; mais les résultats ne sont pas très concluants. En présence de ces résultats l'orateur ne croirait pas avoir fait tout son devoir si, après l'insuccès du repos, de la diète et de l'iodure de potassium, il n'essayait pas l'électrolyse. Cependant on n'est pas sûr que le caillot formé au point où l'aiguille a pénétré restera en ce point; il peut être entraîné par le courant sanguin et aller obturer un gros vaisseau, comme cela paraît être survenu dans un cas rapporté par le docteur Allbutt, ou bien encore il peut se fragmenter et les débris se fixer, peut-être, plus facilement dans les poumons que partout ailleurs; c'est ce qui eut lieu sans doute dans le premier des cas de M. Robertson. Ce danger doit être plus

grand avec le caillot solide formé au pôle positif qu'avec le caillot friable du pôle négatif; c'est pourquoi l'auteur à l'avenir est décidé à introduire l'aiguille en rapport avec ce dernier. Il y a sans doute des cas dans lesquels il faut introduire les deux aiguilles, dans le but de remplir le sac de caillots aussi rapidement que possible.

M. David Foulis rapporte l'observation d'un anévrysme de la crosse de l'aorte traité par la galvano-puncture. Le patient était un homme robuste, d'âge moyen, qui pendant trois ans avait éprouvé les symptômes d'un anévrysme; celui-ci, un an avant que l'on eût recours à la galvano-puncture, avait commencé à se montrer à l'extérieur, vers le tiers interne de la clavicule droite. Il s'était développé rapidement malgré une amélioration temporaire survenue sous l'influence de la méthode de Tufnell et par l'iodure de potassium, jusqu'à former une tumeur du volume de la tête d'un enfant, à parois minces et tendres.

M. Foulis pratiqua la galvano-puncture sept fois, employant l'aiguille négative, sans enduit protecteur, avec un courant de 4 à 8 éléments d'une pile de Stöhrer, pendant une demi-heure à la fois, et à des intervalles de huit à dix jours. A partir des premières applications il y eut un grand soulagement et une amélioration apparente dans l'anévrysme lui-même. L'aiguille, laissée à nu dans les tissus, ne produisit aucun résultat fâcheux; la peau fut un peu bronzée et tuméfiée, mais pendant peu de temps. L'anévrysme, cependant, augmentait lentement de volume, et, par places, la paroi s'amincit tellement qu'on craignait qu'il ne se rompît entre les mains. On pensa que le sang renfermé dans le sac, étant séparé de la circulation, pouvait être dans des conditions telles qu'il ne pût répondre au courant galvanique; qu'il était indiqué de le retirer et de faire remplir le sac de sang nouveau qu'on pourrait alors soumettre à la galvano-puncture. En conséquence, M. Foulis ponctionna le sac avec une aiguille aspiratrice et retira environ 3 onces de sang noir, séreux, semblable à celui décrit par M. John Duncan. Il ne se coagula pas par le repos. L'aiguille aspiratrice vida une partie du sac, qui devait être séparé par une sorte de cloison, car le sac s'affaissa pendant une demi-minute, puis se remplit brusquement. En outre des sept séances avec l'aiguille négative, on en fit trois avec l'aiguille positive dans le sac, puis une autre avec les deux aiguilles et protégées d'après la méthode de M. Duncan. L'effet ne fut pas très marqué, bien que les aiguilles fussent restées dans le sac pendant plus d'une heure. En enlevant l'aiguille négative après cette dernière séance, il y eut une hémorrhagie assez inquiétante par l'orifice d'entrée; on fit de vains efforts pour l'arrêter par l'application d'astringents et par la compression, et on finit par traverser l'orifice par une aiguille, passer un fil au-dessous et consolider le tout avec du collodion. Une partie du sang qui s'échappa avait les mêmes caractères que celui qu'on avait retiré par l'aspiration. Le malade mourut trois semaines après, probablement d'hémorrhagie interne.

M. Robert Perry dit que les cas dans lesquels il y a une tumeur extra-thoracique sont ceux qui conviennent le mieux pour l'électrolyse. Dans les premières périodes, l'iodure de potassium est le traitement de choix. Avec ce médicament l'orateur a traité avec succès plusieurs cas; dans l'un d'eux, en traitement pendant trois mois, la tumeur avait disparu, laissant un noyau induré. En même temps que l'iodure il prescrit le repos et un régime un peu diminué.

M. G.-H.-B. Macleed pense que c'est une grave erreur de donner l'iodure de potassium à petites doses. Dans la syphilis les malades paraissent mieux supporter les fortes doses que les doses faibles. Dans la syphilis tertiaire les doses inférieures à 2 grammes sont sans utilité; c'est cette quantité que Ricord donne habituellement; on a même administré des doses de 1 once sans accident. M. Macleed rapporte brièvement le cas d'un patient admis à l'hôpital pour gangrène de la jambe, due à un anévrysme. Chez ce malade il y en avait sept, quatre d'un côté et trois de l'autre; il amputa difficilement entre deux anévrysmes; le malade n'eut aucun symptôme fâcheux, les anévrysmes se consolidèrent et la guérison eut lieu. (D'après *the British Med. Journal*, 5 avril 1879.)

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Bons effets du capsicum dans les cas de delirium tremens grave. — D'après M. Crowther, cette substance serait très utile dans les cas de *delirium tremens* grave, et dans le traitement de la pneumonie. Dans les deux affections, sa valeur est due à ses propriétés stimulantes et dérivatives.

L'auteur n'a encore essayé le *capsicum* que dans deux cas de delirium tremens, dont le second était compliqué de pneumonie. Il trouve que cette substance agit rapidement, fait cesser en quelques heures toute agitation, tandis que le malade tombe dans un sommeil calme et prolongé. La peau, d'abord brûlante, reprend bientôt sa chaleur naturelle et transpire abondamment. Le pouls tombe rapidement de 140 ou 180 à 100, et, au lieu d'être petit et compressible, reprend sa plénitude et son volume.

Les urines et les excrétions alvines sont abondantes (l'intestin étant continuellement relâché pendant que l'on prend du capsicum). M. Crowther pense que le calme qui survient dans le système nerveux est dû à l'action dérivative du médicament.

La meilleure manière d'administrer le capsicum est de le donner sous forme de teinture, une demi-drachme dans une demi-once d'eau toutes les trois heures. (*The Lancet*, 25 janvier 1879.)

Des corps étrangers de la cavité oculaire. — Après avoir étudié les différents symptômes que fournissent les corps étrangers introduits dans la cavité oculaire, le docteur Mouilleron s'appuie ensuite sur de nombreuses observations pour nous montrer que les corps étrangers qui pénètrent dans la cavité oculaire provoquent souvent de graves désordres s'ils sont abandonnés à eux-mêmes. Le séjour prolongé d'un corps étranger introduit dans un œil, alors même que celui ci a été détruit, est encore une menace incessante pour l'œil sain. Aussi ne faut-il jamais compter sur une tolérance indéfinie de l'œil blessé pour les corps étrangers qui pénètrent dans sa profondeur, pas plus que sur leur enkystement et leur innocuité définitive. Alors, la seule indication positive à remplir, c'est donc l'extraction du corps étranger, soit qu'elle puisse se faire directement, soit qu'elle doive se compliquer d'une autre opération plus sérieuse.

Le moment d'intervenir dépend de la tolérance de l'œil blessé pour le corps étranger. Mais, le plus souvent, la rapidité et la gravité des accidents nécessiteront une intervention presque immédiate. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 79.)

Influence de quelques lésions du système nerveux sur la formation du cal. — Le docteur Bognaud a apporté beaucoup de soins à l'étude de l'influence de certaines lésions du système nerveux sur la formation du cal dans les fractures. Le sujet était difficile, rempli d'obscurités et de nombreuses contradictions. Ce n'est qu'après beaucoup de critiques et d'analyses judicieuses que le docteur Samondès expose les conclusions suivantes :

Le système nerveux exerce une influence trophique sur les os ; la destruction des nerfs principaux d'un membre empêche ou retarde considérablement la consolidation des fractures ; les paraplégies par destruction de la partie inférieure de la moelle arrêtent la formation du cal. Et enfin, les paraplégies par compression, sclérose, inflammation, contusion, etc., d'une partie limitée de la moelle, où le segment inférieur reste intact, n'entravent pas la réparation des fractures. Au contraire, dans beaucoup de cas, elles semblent même la favoriser par l'immobilité et quelquefois par l'insensibilité qu'elles produisent. (*Thèse de Paris*, 1878, n° 370.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

Fistule vésico-vaginale très étendue. Occlusion de la vulve par l'avivement et la suture; pyélo-néphrite consécutive; mort. L'uretère du côté malade était presque oblitéré par le tissu cicatriciel du voisinage. Edmund Owen (*the Lancet*, 31 mai 1879, p. 769).

Anévrysme poplité, traitement par la flexion forcée pendant huit jours, puis par la compression digitale pendant trois heures; guérison, par Gordon Cumming (*id.*, p. 771).

Sur le traitement de la rage, par Gregorio Fedeli (*il Raccoglitore medico*, mai 1879, p. 473).

Nævus de la lèvre supérieure chez un enfant de quatre mois, traité avec succès par l'éthylate de sodium, par le docteur Raffaele Testa (*la Scuola medica napolitana*, avril 1879, p. 171).

Influence de l'aconit sur la marche de la pneumonie, par William Dobie (*the Practitioner*, juin 1879, p. 401).

Plaie de l'artère ischiatique par un coup de baïonnette. Anévrysme faux consécutif; ligature médiate de l'artère; mort d'épuisement quelques jours après, malgré la transfusion du sang, par le docteur Alejandro Torres (*Revista de medicina y chirurgia practicas*, 23 mai 1879).

Intussusception de l'iléon dans le cæcum à travers la valvule iléo-cæcale, associée avec la présence d'une tumeur polypeuse; laparotomie au cinquième jour; anus artificiel; soulagement momentané, péritonite, mort au septième jour, par le docteur Coupland (*Brit. Med. Journ.*, 17 juin 1879, p. 854).

VARIÉTÉS

Congrès périodique international des sciences médicales. — La sixième session de ce congrès se tiendra cette année à Amsterdam, du 7 au 13 septembre. Le Comité de direction s'est réuni sous la présidence de M. Donders et il a établi les bases de ce congrès; la langue française et la langue allemande sont les langues officielles du congrès. Toutes communications relatives au congrès doivent être adressées à M. Guye, à Amsterdam.

Un grand nombre de communications sont déjà annoncées, et leur importance montre que le congrès d'Amsterdam ne sera pas inférieur à ses aînés.

Hôpitaux de Paris. — Le concours vient de se terminer par les nominations de MM. Landouzy, Rathery, Hutinel.

Nécrologie. — L'Académie de médecine vient de perdre deux de ses membres les plus anciens : M. le docteur Jolly, qui est mort à soixante-dix-neuf ans, et le professeur Piorry, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans; ce dernier faisait partie de la savante compagnie depuis 1823. — M. Victor Masson, le fondateur de la librairie médicale qui porte ce nom.— Le docteur Boudaut, professeur à l'Ecole de médecine de Clermont.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

Traitement du poumon tuberculeux (1);

Par M. le professeur PETER, médecin de la Pitié.

L'*arsenic* pris en petite quantité relève l'appétit, stimule la nutrition et augmente l'énergie vitale. Cela, je le veux bien, d'autant plus que la chose est classique.

Mais on va plus loin ; et voici que l'on prétend que, dans la période ultime de la phthisie pulmonaire avec fièvre hectique, consomptive, tubercules ramollis ou cavernes, les redoublements fébriles sont atténués, abrégés, suspendus ; que la fièvre diminue et cesse à son tour ; que si, chose idéale, les sueurs nocturnes, l'éréthisme général et l'insomnie suivent la même progression décroissante, l'appétit, les fonctions digestives, la nutrition, se réveillent, la coloration des tissus, l'embonpoint, les forces renaissent, toute la physionomie se transforme. C'est merveilleux ! et, ce n'est pas fini, car alors cette reconstitution générale rejaillit sur les lésions locales : la toux, l'oppression et l'expectoration se modèrent ; les crachats perdent le caractère purulent pour devenir simplement muqueux ; tout enfin révèle le travail de réparation qui s'effectue dans les bronches et les cavernes pulmonaires. Qui donc a vu tout cela ? Et que ce serait beau, si cela était vrai ! L'arsenic serait pour les tuberculeux le spécifique tant désiré.

La vérité, c'est que ce médicament n'agit ni contre la diathèse ni contre son produit. Ce qu'il peut faire, s'il le fait, c'est de stimuler l'assimilation alors qu'elle défaille ; et, quand il le fait, c'est un bien.

Il ne faut d'ailleurs nullement considérer l'arsenic comme un médicament innocent ; pris indéfiniment, il est toxique et fait maigrir ; il conspire alors avec le tubercule. Ne le conseillez donc que quinze à vingt jours par mois, pendant deux ou trois mois, laissant ainsi quinze à vingt jours pour l'élimination.

Il faut le donner par milligramme et de la façon suivante : un, deux ou trois granules d'acide arsénieux à 1 milligramme cha-

(1) Suite, voir le numéro précédent.

cun, matin et soir, ce qui fait 2, 4 ou 10 milligrammes par jour. Ces granules avaient été déguisés par Trousseau sous le nom de *granules de Dioscoride*, afin de cacher au malade le nom de la substance réputée toxique qui était ainsi administrée (Trousseau avait pris le nom de *Dioscoride* comme étant celui du premier auteur classique qui s'est occupé scientifiquement de l'arsenic); ou bien encore on peut donner l'arsenic sous forme de liqueur de Fowler par gouttes, dont chacune contient 1 milligramme d'arsenic dans les mêmes proportions que j'ai indiquées tout à l'heure. Cette préparation a également l'avantage de laisser ignorer au malade la nature du médicament qu'il emploie.

La vérité encore, c'est que l'arsenic est un auxiliaire utile contre la diminution ou la perte de l'appétit, et qu'il rend de réels services en ce sens qu'on peut le faire alterner avec le sulfate de quinine contre la fièvre tuberculeuse.

On peut employer l'arsenic lui-même, ou les eaux minérales arsenicales, parmi lesquelles le Mont-Dore occupe le premier rang, et à juste titre.

Quant à l'action locale sur les lésions pulmonaires, c'est un leurre ! Je ne vous parlerai donc des cigarettes de datura dont le papier aurait été trempé dans une solution titrée d'arséniate de soude, que pour vous les déconseiller.

Le professeur Fuster, de Montpellier, en juin 1865, a, dans une communication à l'Académie des sciences, attribué à la viande crue et à la potion alcoolique la propriété d'arrêter les progrès des maladies consomptives.

Pour éviter l'alcool, on peut donner la préparation suivante :

Viande crue (filet)	250	grammes.
Amandes douces mondées...	75	—
— amères	5	—
Sucre blanc	30	—

Après avoir pilé le tout dans un mortier on ajoute à ce mélange un jaune d'œuf et du lait de manière à obtenir un véritable lait de poule.

L'*élixir alimentaire Ducro* est une longue macération de la viande dans de l'alcool, convenablement aromatisée par l'écorce d'oranges amères. Cette préparation tient en dissolution toute la matière nutritive ; on peut la donner comme liqueur de table

au moment des repas. D'après l'auteur, chaque flacon contient le principe soluble de 500 grammes de viande.

L'*extrait de viande de Liebig* n'a d'autre mérite que de fournir un aliment réparateur sous un petit volume.

On attribue vulgairement aux *limaçons* des propriétés nutritives et des effets curatifs. On a fabriqué des *sirops et des pâtes d'escargots*, qui ont eu une certaine vogue, et c'est tout ce qu'on en peut dire.

Le *vin toni-nutritif de Bugeaud* est une association de cacao et de quinquina que je donne volontiers à la fin du repas aux femmes et aux enfants.

Le *vin de quinquina* me paraît une nécessité médicale dans le traitement général des tuberculeux. Il faut le donner soit au vin de Bordeaux, soit au vin de Malaga, et à doses qui ne soient pas trop considérables ; un verre à bordeaux en deux fois dans le cours de la journée, pris non pas avant le repas, mais dans le cours ou à la fin de celui-ci.

Le *quinquina* est un des médicaments que je conseille le plus fréquemment et le plus utilement dans la tuberculisation pulmonaire. Je le donne à toutes les périodes de celle-ci, comme tonique, comme amer, comme antipyrétique, mais en réalité toujours et surtout comme amer et comme tonique ; le plus habituellement sous forme de vin ; et, chez les personnes dont l'estomac intolérant pour le vin repousse les préparations alcooliques de quinquina, chez les Espagnoles, les Havanaises, chez les dames, en un mot, qui ont l'habitude de ne boire que de l'eau, je conseille avec succès dans le cours de la journée deux à trois petites tasses de macération de quinquina (de 2 à 4 grammes de poudre de quinquina par tasse à thé d'eau froide macérés pendant une heure), chacune de ces tasses prise pure ou édulcorée avec du sirop de framboise, d'orange ou même d'écorces d'oranges amères. Peut-être cette préparation agit-elle un peu comme antipyrétique, mais elle agit surtout comme stomachique et relève l'appétit languissant.

La médication *sulfitée*, conseillée par Giovanni Polli (de Milan), repose sur une conception hypothétique. L'acide sulfureux aurait la propriété de prévenir et d'arrêter toutes les fermentations des matières végétales et animales et exercerait cette action sur la tuberculisation pulmonaire.

Par suite de l'impossibilité d'administrer l'acide sulfureux en

nature, Polli a conseillé de le donner sous la forme de sulfites de soude, de potasse, de magnésie, etc. Suivant cette manière de voir, les sulfites et hyposulfites introduits dans l'organisme passent dans les sécrétions à un état d'oxydation supérieur, les hyposulfites se transforment en sulfites, les sulfites en sulfates.

L'*hyposulfite de chaux* modifierait la nature des matières expectorées, diminuerait la fièvre hectique et augmenterait la vitalité générale.

Par les *sulfites de magnésie*, Ridolfi dit avoir combattu avec succès de violents accès de fièvre, chez des tuberculeux au troisième degré. Les sulfites prolongeraient la vie des malades en les protégeant contre l'infection constante qu'engendrent les collections de matières purulentes incomplètement expectorées.

La dose d'hyposulfite de chaux doit s'élever progressivement de 3 à 9 grammes, pris en une, deux ou trois fois. On verse cette dose sur la langue et on boit immédiatement après une gorgée de liquide. Je ne suis ici qu'un simple historien. J'aurais fort à faire si je voulais jouer le rôle de critique.

De ce que les tubercules ont, dans certains cas, de la tendance à la transformation crétacée, quelques-uns ont eu l'ingénieuse idée de conseiller l'emploi des phosphates, et en particulier le phosphate de chaux, qui aurait le double effet de provoquer mieux que tout autre sel cette transformation des tubercules et de favoriser la nutrition. J'ignore si le phosphate de chaux peut favoriser la formation de la lymphe plastique et des tissus nouveaux, j'ignore même si les chiens ne sont pas phthisiques parce qu'ils ingèrent beaucoup d'os, mais je sais que les phosphates n'ont jamais fait de bien aux tuberculeux.

Parlerai-je des *hypophosphites?* Ici encore la conception est purement théorique : la diathèse tuberculeuse résulterait de la diminution dans l'économie du phosphore qui s'y trouve à l'état oxygénable, et le remède consisterait dans une préparation de phosphore qui présenterait le double caractère d'être immédiatement oxygénable et de se trouver en même temps à un degré minimum d'oxydation ; d'où l'administration des hypophosphites de chaux et de soude.

On a encore proposé contre la phthisie l'usage d'une *poudre salino-calcaire* composée de phosphate de chaux, de carbonate de chaux et de bicarbonate de soude.

Un médicament qui rend d'assez réels services est le chlorhy-

dro-phosphate de chaux en solution. L'idée de ce médicament est fondée sur ce fait :

1° Que le phosphate de chaux des aliments, pour être absorbé, se dissout dans l'estomac à la faveur de l'acide chlorhydrique du suc gastrique ;

2° Que l'acide chlorhydrique possède, toutes choses égales d'ailleurs, un pouvoir dissolvant plus considérable que les autres acides ;

3° Que l'on peut ainsi obtenir un produit qui, sans être sensiblement acide, contient sous un faible volume beaucoup de phosphate de chaux ;

4° Que l'impossibilité de formuler magistralement l'acide chlorhydrique, doué d'une action spéciale sur l'acte de la digestion, a fait naître la nécessité d'agir sur le phosphate tribasique à l'état naissant et à l'abri de l'air.

Ce sont les mêmes vues théoriques qui ont engagé à faire des préparations de lacto-phosphate de chaux et de lacto-hypophos phite de fer calcique.

On a essayé de trouver dans le vin de coca un succédané du vin de quinquina, mais je déclare sincèrement préférer celui-ci.

D'après mon savant collègue M. Lasègue, le salicylate de soude est un apyrétique puissant bien toléré par l'estomac. Il faut, pour obtenir des effets appréciables, donner ce médicament à la dose de 3 à 8 grammes. Dans la phthisie pulmonaire, on obtient ainsi une amélioration rapide de l'état général des malades.

Parmi les moyens internes employés pour combattre les congestions inflammatoires de la tuberculisation pulmonaire et la fièvre symptomatique du processus congestif, on a conseillé le tartre stibié, dont M. Fonssagrives s'est montré, dans ces derniers temps, l'avocat convaincu. Il fait remarquer, d'une part, la tolérance prolongée que présentent les malades auxquels on administre l'émétique ; d'autre part, la possibilité de cumuler l'administration de l'émétique avec l'alimentation copieuse et réparatrice ; enfin, la propriété qu'a cette médication d'enrayer le développement tuberculeux et de faire passer la phthisie à un état de chronicité apyrétique.

La potion stibiée de 20 à 30 centigrammes par jour, que conseille M. Fonssagrives, doit entraîner de la constipation et non de la diarrhée. On arrive progressivement à abaisser cette dose jusqu'à 5 centigrammes par jour, et le malade peut la continuer

pendant des mois entiers ; une seule circonstance est susceptible de compromettre cette tolérance, c'est le défaut d'appétit ; mais cette inappétence est exceptionnelle et non imputable au traitement.

Cette médication rasorienne n'exclut en rien l'adjonction de moyens accessoires.

Une chose frappe surtout dans l'exposition de M. Fonssagrives, c'est que la forme fébrile de la phthisie, qui semblerait plus spécialement justiciable du contro-stimulisme, la phthisie galopante, est réfractaire dans tous les cas à l'action du tartre stibié ; qu'il en est de même de la phthisie acquise, chez des individus primitivement vigoureux, et indemnes de toute tare héréditaire. La phthisie héréditaire classique est le véritable domaine d'action de la médication stibiée ; c'est là surtout qu'elle provoque les temps de répit ou de sommeil de la maladie.

Une condition pour que le tartre stibié soit indiqué, c'est qu'il y ait de la fièvre. Le tartre stibié arrête le mouvement fébrile et avec lui ce travail de désorganisation pulmonaire dont la fièvre n'est que le reflet. La phthisie torpide contre-indique le tartre stibié. — Toute bronchite fébrile survenant chez un individu à poumons suspects exige, suivant M. Fonssagrives, la médication rasorienne. — Le passage du premier au deuxième degré de la phthisie est la véritable période d'opportunité pour l'emploi de l'émétique. Lorsque la fièvre hectique de ramollissement existe depuis quelque temps déjà, l'usage énergique et soutenu de l'émétique trouve son indication dans la troisième période de la phthisie. On peut encore employer l'émétique lorsque, malgré des signes stéthoscopiques très prononcés, l'état général n'est pas trop mauvais.

Les contre-indications du tartre stibié sont : la forme granuleuse de la phthisie, l'étendue des lésions pulmonaires, l'existence d'une complication constituant un danger grave (la laryngite ulcéreuse), l'intensité des symptômes de colliquation, des sueurs, de la diarrhée. Il en est encore ainsi lorsque le pouls dépasse 105 à 110 ; qu'il est ondulant, dépressible, avec peu de chaleur à la peau, de même si la langue est lisse, rouge. — Les sujets faibles, enclins aux syncopes, sont dans de mauvaises conditions pour subir cette médication. — La grossesse n'est pas une contre-indication. Une fois la tolérance établie, il n'y a pas lieu de suspendre l'émétique à l'époque des règles.

En résumé, la médication rasorienne par le tartre stibié n'est conseillée par M. Fonssagrives dans aucune des formes les plus graves et les plus fébriles de la phthisie pulmonaire, c'est-à-dire dans celles où l'on est habituellement désarmé et où il serait cependant si utile de combattre la fièvre, élément morbide principal et dominateur. Ainsi, suivant le savant médecin lui-même, cette médication n'a de puissance ni dans la phthisie aiguë, ni dans la phthisie galopante, ni dans cette forme lamentable de la phthisie chronique fébrile continue qui se complique de laryngite ulcéreuse.

En vérité, dans les formes fébriles de la phthisie pulmonaire, surtout quand la fièvre est l'expression d'un travail phlegmasique circumtuberculeux, je préfère de beaucoup le kermès minéral au tartre stibié. Si, en effet, dans la phlegmasie franche du poumon, disons le mot, dans la fièvre péripneumonique, le contro-stimulisme a sa raison d'être et le tartre stibié son indication, il n'en est certainement pas de même dans l'inflammation toute symptomatique, toute locale, et en tous cas si peu franche, que provoque dans les poumons la présence des granulations tuberculeuses. Contro-stimuler n'est pas le but; il ne s'agit pas de déprimer un organisme envahi par une fièvre inflammatoire. Ce qu'il faut, c'est décongestionner un organe localement atteint. De sorte qu'après l'emploi si rationnel et si efficace des révulsifs locaux, l'auxiliaire le plus utile, comme médication interne, est celui qui déprimera le moins. Celui-là, emprunté également aux antimoniaux, c'est le kermès minéral. On peut le donner alors non plus à la dose de 5, 10 et 15 centigrammes comme expectorant, mais à la dose de 20, 25 et 30 centigrammes; comme on le fait dans certaines formes de pneumonie, surtout de pneumonie catarrhale, et à titre de décongestionnant et d'antiphlogistique. Une potion de cette nature, employée plusieurs jours de suite, est vraiment très avantageuse, soit lorsque la phthisie chronique apyrétique passe brusquement au type subaigu ou aigu par le fait d'une infiltration tuberculeuse incidente, soit dans la forme infiltrée primitive, avec fièvre concomitante; dans cette forme, en d'autres termes, qu'on a désignée sous le nom de *pneumonie caséeuse;* soit encore dans la phthisie pulmonaire avec prédominance de catarrhe aigu ou subaigu (phthisie pulmonaire à forme broncho-pneumonique).

Quant à l'*ipécacuanha*, il peut être utile comme vomitif, dans les cas de brusque congestion pulmonaire et au même titre qu'on l'emploie dans la bronchite capillaire ou le catarrhe suffocant. La dose à prescrire est de 1 gramme, 1g,25, 1g,50, suivant le cas. Le vomitif rend alors de réels services : on n'ose pas assez l'employer. Dans des conditions différentes, c'est-à-dire pour combattre la sécrétion catarrhale trop abondante, l'ipéca peut encore être très utile à la dose alors de 5 à 10 centigrammes dans une matinée, donnés d'emblée ; ou cette dose mélangée à du sirop et prise dans le cours de la matinée ; ou encore sous forme de pastilles d'ipéca, au nombre de trois ou quatre successivement le matin.

Quelques auteurs ont conseillé la *digitale*. J'avoue que je ne m'en sers pas et refuse de m'en servir. Si la digitale, en effet, parvient à diminuer la fréquence du pouls (ce qui, d'ailleurs, est assez rare dans le cas de fièvre tuberculeuse symptomatique), c'est en produisant une dépression que je suis loin de rechercher. Son action, toxique d'ailleurs, est par trop indirecte. Le ralentissement de la circulation, qui est son rôle thérapeutique d'élection, n'est qu'un des côtés (le moins important) du problème à réaliser ; car, parce qu'on a diminué la fréquence des battements du cœur, il s'en faut bien qu'on ait réellement attaqué le mal phlegmasique circumtuberculeux qui siège dans les poumons. Les préparations antimoniales, l'ipécacuanha, qui sont incontestablement des médicaments décongestionnants, des médicaments expectorants, me semblent bien mieux agir dans le sens curateur ; combattant le mal primitif, ils diminuent la fréquence du pouls consécutivement, au lieu de diminuer primitivement cette fréquence sans viser la phlegmasie pulmonaire, principe du mal. (*A suivre.*)

Des injections de morphine spécialement dans l'asthme et la dyspnée (1) ;

Par le docteur Adolphe Dumas, chirurgien-adjoint de l'hôpital de Cette.

Il y a quelque temps, je fus appelé auprès d'une dame, déjà indisposée depuis plusieurs jours, qui, un matin, s'éveilla le corps en sueur et insuffisamment couvert, eut froid et fut prise

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

d'une douleur à l'épaule gauche. La fièvre éclata, la douleur de l'épaule s'accrut et fut bientôt suivie d'un point de côté qui rayonna dans toute cette partie du thorax. Dans la journée, la gêne de la respiration devint plus forte, et, le soir, cette dame était dans un état d'inexprimable angroisse : souffrances vives que le moindre mouvement exaspérait; pas une place bonne; 60 respirations et 128 pulsations par minute; grande chaleur, céphalalgie, un peu de délire... tel était son état.

J'injectai d'abord 1 centigramme de morphine qui amena un peu de calme; une seconde injection fut faite une demi-heure après et mit fin à cet état pénible, et procura quelques heures de sommeil pendant lequel les respirations descendirent à 40 et devinrent plus profondes. Au réveil, les mouvements et le décubitus dorsal ne réveillaient plus la douleur d'épaule et de poitrine; l'angoisse avait cessé et la malade éprouvait un bien-être agréable après de telles souffrances. Ainsi, deux injections de morphine avaient produit, au bout de quelques instants, ces effets que la malade et sa famille qualifiaient de merveilleux.

La pleurésie dont cette dame était atteinte suivit sa marche régulière et fut traitée par les moyens ordinaires. Elle se termina par une guérison complète. Mais le bienfait des injections de morphine avait été si apprécié, que les soirs suivants, trouvant la malade dans une exacerbation fébrile marquée, et la voyant tourmentée par une toux sèche et de la céphalalgie, je crus bon de la lui renouveler. Grâce à ces injections, elle passait ses nuits dans un calme parfait et dormait de longues heures.

Il y a peu de temps, je fus appelé auprès d'un malade, qui, mal à l'aise depuis la veille, fut pris d'un violent frisson suivi de fièvre, de brisement général, et surtout d'une céphalalgie frontale et sus-orbitaire intense.

A ma visite, je notai : alternatives de bouffées de chaleur et de frissons, toux petite, sèche, crachats rares, incolores; chaque secousse de toux exacerbant la céphalalgie, etc.

Le lendemain, violente douleur le long du bord interne de l'omoplate gauche, et, dans la soirée, point de côté sous le sein. Rien d'appréciable à l'auscultation et à la percussion dans mes premières visites, quoique les autres symptômes me fissent admettre une pleurésie. Mais le soir du troisième jour, l'auscultation dissipait tout doute, et les crachats rouillés caractéristiques, la matité, etc., indiquaient que j'avais affaire à une pleuro-pneumonie.

Le troisième jour au matin, ce malade était très souffrant : douleurs thoraciques très vives, irradiant même à droite; respirations courtes, hautes, fréquentes : à 56; chaleur forte, pouls à 116; toux exaspérant les douleurs du sein et de l'épaule et faisant dire au malade que sa tête s'entr'ouvrait.

Divers moyens avaient été employés contre ces douleurs (sinapisme, baume chloroformique) et n'avaient apporté aucun soulagement durable. Je me demandai si la morphine ne serait pas ici aussi souveraine que dans le cas précédent, et j'en injectai un peu moins de 1 centigramme.

Un quart d'heure après, le malade se trouva dans un état de bien-être et de demi-sommeil, qui dura une bonne partie de la journée. Les douleurs de poitrine se calmèrent et la céphalalgie disparut.

Dans la soirée, l'effet se trouvant épuisé, ces dernières douleurs se firent sentir. Le malade réclamait ardemment une nouvelle injection ; je la lui fis : elle produisit les mêmes résultats que le matin, dissipa toute douleur, et lui procura une excellente nuit, malgré l'application d'un vésicatoire.

La pleuro-pneumonie, traitée par les moyens ordinaires (kermès et vésicatoires), suivit une marche régulière et heureuse ; mais, chaque soir, à partir du troisième jour, je fis une injection de morphine. Grâce à elle, j'enrayais l'exacerbation nocturne, calmais la toux et procurais une bonne nuit ; mais ce qui était très remarquable, c'est que la céphalalgie, qui existait dès le début de la maladie et redoublait tous les soirs, arrachant des plaintes au malade, disparaissait peu d'instants après, à sa grande satisfaction.

Quand je songeai à lui faire une injection de morphine, cette céphalalgie intense me fit un instant hésiter ; n'allais-je pas l'exaspérer? Si son état de souffrance et les violentes douleurs thoraciques indiquaient ce moyen, la céphalalgie ne le contre-indiquait-elle pas ?

« L'opium et son principal alcaloïde, la morphine, convient, dit le regretté professeur Gubler, à la céphalalgie asthénique et anémique, mais ne réussit pas dans les formes hypersthéniques et congestives, qu'il peut même aggraver si la paralysie vaso-motrice l'emporte sur la narcose des cellules cérébrales. » Mais dans les fièvres, dans les pneumonies, comme dans ce cas, la céphalalgie est-elle réellement hypersthénique et congestive, quoiqu'elle

coexiste avec un appareil fébrile plus ou moins intense? Cela n'est rien moins que certain, et surtout ici, étant donnée la nature essentiellement catarrhale de la maladie. Trop influencés par la théorie, nous sommes portés, en présence d'une fièvre intense, à considérer la céphalalgie comme hypersthénique, et nous redoutons trop les préparations opiacées. Nous ne devrions pas perdre de vue que, tout comme le délire qui la suit, elle est bien souvent symptomatique dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, l'érysipèle et d'autres maladies aiguës, et qu'elle relève soit de l'asthénie, soit de l'action d'un sang vicié sur les centres nerveux. Depuis que le musc n'entre plus dans ma pratique, j'ai eu maintes fois recours aux préparations opiacées dans le délire des pneumoniques, et m'en suis bien trouvé. Elles pourront désormais être avantageusement remplacées par des injections de morphine.

J'ai soigné en janvier dernier un malade atteint d'hémoptysie à forme intermittente qui se faisait par poussées une, deux, et rarement trois fois par vingt-quatre heures. Le molimen hémorrhagique était violent; un grand verre de sang était rejeté chaque fois en quelques minutes, jaillissant par la bouche et le nez.

Ce malade était, en outre, un peu emphysémateux et sujet à de légers accès d'oppression qui, en santé, le prenaient le soir en entrant dans son lit, et qu'il qualifiait d'*attaques d'asthme* et dissipait ordinairement en fumant des cigarettes de *canabis indica* ou d'espic.

Pendant les douze jours que dura l'hémoptysie, l'oppression devenait plus forte le soir, et, sans être toujours suivie d'hémorrhagie immédiate, la fièvre redoublait et l'agitation se prolongeait toute la nuit, qui se passait sans sommeil. Dans une maladie très douloureuse antérieure, je lui avais fait des injections de morphine ; il s'en était si bien trouvé, qu'il me les réclama cette fois.

Un soir donc, plus angoissé que d'habitude, il m'envoya chercher, et je lui en injectai 1 centigramme.

Les effets furent très rapides. Ce malade, très nerveux, affaibli par une longue maladie, était très sensible à l'action de la morphine. Quelques instants après l'injection, il ressentait un serrement à la tête, dans les mâchoires et dans la poitrine avec des bouffées de chaleur. Sa tête était secouée pendant quelques moments par des mouvements latéraux : la pupille se contractait;

le corps se couvrait de sueurs, et il tombait dans un état de demi-anéantissement et de bien-être dont il avait conscience. Tous ces malaises disparaissaient alors, et il respirait librement. Après la première injection, il dormit presque toute la nuit; cela ne lui était pas arrivé depuis cinq nuits.

Les soirs suivants, l'injection fut renouvelée et amena la même sédation. Mais peu à peu, l'accoutumance s'établit, et les symptômes physiologiques, notés ci-dessus, diminuèrent ou disparurent. Chaque jour, je dus continuer les injections; je ne dépassai guère, chaque fois, 2 centigrammes. Le malade en ressentait le besoin. Bien des fois le trouvant agité, anxieux, je le calmais par une injection, et enrayais ainsi l'exacerbation du soir. Grâce à elle, la toux cessait et il dormait la nuit.

Cette heureuse influence sur l'oppression et sur l'angoisse est très appréciée des malades, qui l'expriment vivement et souvent avec éloquence. Elle ne se manifeste pas seulement dans les maladies thoraciques proprement dites, mais même lorsque l'angoisse dépend uniquement du système nerveux, dans l'hystérie par exemple.

Je soigne depuis longtemps une pauvre demoiselle hystérique, alternativement boulimique ou affectée d'un insurmontable dégoût, et tourmentée, pendant les exacerbations de sa boulimie, par des vomissements incessants. A certains moments, en dehors des fortes crises, elle éprouve un état d'angoisse précordiale et des étouffements très pénibles. Rien alors ne la soulage comme les injections de morphine. Peu après, elle sent qu'elle respire mieux. Par malheur, l'effet n'est pas durable, et il faut trop souvent avoir recours à ce moyen et augmenter la dose. C'est néanmoins un bienfait pour elle que ce calme relatif que lui vaut l'injection de morphine.

Dans un travail récent, analogue au mien, le docteur Huchard (*Union médicale*, 1878) a qualifié la morphine de remède eupnéique. Elle mérite bien ce nom. Des faits que renferme son mémoire et des miens, il ressort, en effet, que la morphine facilite la respiration. En injection sous-cutanée, c'est le remède de l'oppression et de l'angoisse.

Que cette gêne de la respiration tienne à un spasme des fibres lisses de Reissessen ou des muscles du thorax, qu'elle se lie à des douleurs névralgiques plus ou moins vives ou à un état névropathique général, la morphine en aura raison; l'oppression

cessera, la respiration deviendra plus facile, et un bien-être plus ou moins grand succédera au malaise primitif.

Mon but, en rédigeant ce travail, n'est pas de parcourir les diverses indications des injections de morphine. Les cas où elles peuvent être utiles sont aussi nombreux que variés, et le deviennent chaque jour davantage. Dans les faits que j'ai rapportés, il ne s'est agi que de leur emploi passager ; excepté le dernier, il n'était question que de maladies aiguës.

Dans les maladies chroniques, ce moyen peut n'être pas moins avantageux ; mais alors on a à redouter l'accoutumance et la progression forcée des doses. On a même signalé, avec quelque exagération peut-être, une maladie nouvelle, le morphinisme, qui en serait la conséquence.

Quoique ici, comme pour l'alcool, l'usage soit bien près de l'abus, je crois que si le médecin reste toujours maître de l'emploi du remède, il pourra se garder de tout inconvénient, comme de tout danger. Mais qu'il fasse les injections lui-même et ne laisse pas ce soin au malade, qui, parfois, éprouve, comme je l'ai vu, une grande appétence pour la morphine, et est très porté à en abuser. Il faut savoir lui résister.

Depuis un an, je donne des soins à une dame atteinte de péritonite chronique. Localisée d'abord dans la fosse iliaque gauche et plus ou moins étroitement liée à une constipation constante, la maladie envahit ensuite presque tout le ventre. Après une période aiguë des plus douloureuses, des frissons violents survenant à quelques jours d'intervalle éclatèrent dans le courant du second mois et me firent craindre une suppuration. Il n'en fut rien heureusement. Mais la péritonite devint chronique, les souffrances continuèrent toujours vives, le dépérissement augmenta et la malade toujours alitée restait dans le décubitus dorsal à peu près immobile.

Pendant de longs mois, nous eûmes des alternatives d'aggravation et d'état stationnaire. La malade prenait très peu de chose comme alimentation et à chaque petit repas ressentait de vives coliques ; le moindre borborygme s'accompagnait de tranchées, et le ventre restait toujours ballonné, très sensible au moindre contact ; elle ne retirait quelque soulagement que des applications de compresses d'eau froide en toute saison.

La morphine à l'intérieur, prise à dose réfractées et fréquentes, procurait un peu de calme ; mais il fallait peu à peu aug-

menter les doses, et, d'une part, la constipation, cause première de la maladie, devenait plus rebelle et l'appétit, peu développé déjà, disparaissait sous l'action de la morphine sur l'estomac, immense inconvénient dans un état d'amaigrissement qui touchait au marasme après huit mois de maladie.

En injections, l'alcaloïde perdait en partie ces inconvénients. C'est là pour moi un fait d'observation que j'ai constaté plusieurs fois et surtout chez cette malade qui s'en rendait parfaitement compte ; injectée sous la peau, la morphine ne diminue pas l'appétit comme lorsqu'elle est prise par la voie stomacale.

Proposées depuis longtemps et toujours refusées, les injections finirent par être acceptées à la suite d'une consultation avec mon confrère, le docteur Pecholier, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Depuis six mois elles sont journellement pratiquées, et si elles n'ont pas supprimé les souffrances, elles les arrêtent chaque fois et les éloignent. Mais depuis lors, une amélioration notable s'est produite chez cette malade ; non seulement l'amaigrissement et le marasme n'existent plus, mais elle a pris un certain embonpoint. L'appétit est devenu plus vif, ses repas plus copieux sont mieux digérés, ses journées sont moins souffrantes, elle peut lire et s'occuper sur son lit et ses nuits sont bonnes. La guérison n'est peut-être pas encore prochaine : le ventre reste toujours un peu ballonné et sensible au moindre contact, mais il est permis de l'espérer — dans cette péritonite devenue adhésive. La tolérance pour les injections de morphine est complète. Faites un petit moment avant chaque repas, elles empêchent les douleurs qui suivaient immédiatement le travail de la digestion; 2 ou 3 centigrammes d'alcaloïde sont injectées chaque fois et n'ont jamais provoqué le vomissement si fréquent jadis. C'est là un fait qui méritait d'être noté, et auquel l'atropine n'est pas étrangère.

Chez cette malade, la morphine n'a pas produit seulement un effet calmant, mais, à mon avis, un effet tonique et reconstituant. Si cet état de marasme, qui inspirait peu d'espoir à plusieurs de mes confrères qui l'ont vue, a fait place à l'amélioration actuelle, c'est aux injections de morphine qu'il faut en rapporter en grande partie l'honneur. Eloigner et calmer les douleurs, faciliter la digestion, activer la nutrition, stimuler et tonifier l'organisme, tel me paraît au bout de six mois le résultat de l'usage jour-

nalier des injections de morphine chez cette dame. Ces derniers effets paraîtront contradictoires de l'opinion régnante, qui, loin de considérer la morphine comme un médicament d'épargne, admet au contraire qu'elle augmente les combustions et les oxydations organiques. Mais qu'importe, si dans certaines conditions, comme dans ce cas, elle active directement ou indirectement les acquisitions et les réparations de l'organisme de façon à compenser et au delà les déchets et les pertes !

Ordinairement, chez les malades non habitués à la morphine, je me contente de la solution suivante :

Eau distillée et filtrée de laurier-cerise...	10 grammes.
Chlorhydrate de morphine.............	10 centigrammes.
Sulfate d'atropine (1)....................	1 milligramme.

Mêlez.

Chaque seringue contenant 1 gramme de solution représente 1 centigramme de sel de morphine et 1 déci-milligramme de sel d'atropine.

Quelque minime que paraisse la dose de ce dernier, elle produit parfois des effets physiologiques appréciables, qui, si on rapproche trop les injections, deviennent pénibles, et quelques malades s'en plaignent.

Cette association m'a paru utile ; j'évite ainsi le plus souvent le vomissement chez certaines personnes. J'ai essayé deux solutions, l'une sans atropine, l'autre avec cet alcaloïde chez une malade très impressionnable, il est vrai, et qui vomit facilement, et je me suis convaincu de la réalité de la vertu antiémétique de l'atropine.

Mais chez les malades qui font un usage plus ou moins long de la morphine et chez lesquels l'accoutumance s'établit, la solution précédente est trop faible et il est préférable de la rendre plus forte.

Enfin l'eau de laurier-cerise permet de conserver plus longtemps la solution et diminue la sensation qui suit la piqûre. Après divers essais, c'est le véhicule que je préfère.

Je n'ai jamais bien constaté que la piqûre faite *loco dolenti* fût bien avantageuse, et, comme elle peut n'être pas sans inconvé-

(1) Le pharmacien se sert d'une solution titrée d'atropine, 1 centigramme par 50 grammes d'eau, et mesure avec un verre gradué.

nient, à la face surtout, je la pratique, soit dans les parois du ventre, à la fesse ou aux hanches, là où le tissu cellulaire est le plus abondant. J'espace autant que possible les piqûres, afin d'éviter tout accident. Sur plus d'un millier que j'ai faites, je n'ai observé que quelques nodosités plus ou moins tenaces et deux ou trois abcès sans importance.

Sur près de trois cents piqûres faites un peu forcément sur une hanche, j'ai eu un jour un petit accès phlegmoneux, auquel le grattage avait eu beaucoup de part. Si la morphine est presque toujours bien tolérée par le tissu cellulaire, il n'en est pas toujours de même d'autres substances : ergotine, bromhydrate de quinine. J'ai eu quelques petits accidents avec ces dernières. Mais il faut reconnaître qu'ils dépendent quelquefois de certains états particuliers. Ainsi, chez deux diabétiques, le bromhydrate de quinine m'a donné plusieurs abcès. Petits inconvénients, il est vrai, à côté des avantages de cette méthode des injections sous-cutanées.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Des méthodes de vitesse en thérapeutique (1) ;

Par le docteur Luton, de Reims.

Troisième corollaire. — *La vitesse d'une médication diminue les risques à courir dans toute maladie évoluante.* — Cette proposition est une conséquence de la précédente ; elle comporte toute la science du *pronostic*. C'est la science des contemplateurs et des impuissants, qui, ne sachant guérir, vous donnent au moins la satisfaction d'apprendre dans quel délai vous mourrez, et de quelle manière vous terminerez votre existence. Mais aussi le sentiment des risques que fait courir telle maladie, peut imprimer à l'intervention médicale une énergie nouvelle. En présence d'un accès de *fièvre pernicieuse*, la conception du mal véritable et des périls auxquels il expose vous fait agir sans retard et avec une décision que vous n'auriez pas en temps ordi-

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

naire. Il en est de même pour l'*ophthalmie purulente*, alors qu'une seule minute d'hésitation peut entraîner la perte de la vue; et encore de la *pustule maligne*, qui doit être neutralisée dans un délai rigoureux pour prévenir l'infection bactéridienne, sans préjudice des désordres produits à son seul contact.

Certains dangers, pour être éloignés, n'en sont pas moins redoutables. Nous avons vu, d'autre part, quelle somme d'accidents secondaires et tertiaires résultait de certaines maladies, dites constitutionnelles. Le rhumatisme ne le cède en rien, sous ce rapport, à la syphilis; mais il n'offre pas, comme cette dernière, la ressource d'une médication efficace à tout instant de son évolution. Aussi, n'existe-t-il peut-être pas d'entité pathologique plus riche en symptômes et plus à craindre, exigeant, par conséquent, une intervention plus immédiate et plus décisive? Pour un simple refroidissement, voilà tout un cortège de désordres dans le présent et dans l'avenir, fâcheux par eux-mêmes et par leurs conséquences, et ne quittant plus leur victime qu'à la mort. Quelle responsabilité entraîne un manque de sollicitude au point de départ, et surtout le doute thérapeutique !

Quatrième corollaire. — *Les moyens de vitesse en thérapeutique doivent être calculés en vue d'une extrême efficacité et d'une non moins grande opportunité.* — « Aller vite et droit au but », telle est la formule de toute médication d'urgence. Le motif, pour agir, peut se fonder sur plusieurs considérations. On doit d'abord, si c'est possible, s'en prendre à l'*élément causal;* puis, lorsque celui-ci a disparu, tout en laissant persister ses effets, on s'adresse aux *moyens empiriques* ou *spécifiques*, ce qui est la même chose; enfin, ce n'est qu'en désespoir de cause qu'on emploie la *méthode rationnelle*, et qu'on aborde l'interminable formulaire de la médecine des symptômes. Il nous paraît inutile de faire l'application de ces données, tant le sujet est simple et connu. C'est toute l'histoire de la thérapeutique qu'il faudrait reprendre pour la juger, mais nous n'avons pas une telle prétention. Nous avons assez fait, cependant, pour montrer quelles sont nos préférences. Nous aimons les traitements opportuns et décisifs, basés sur le principe de la moindre action, sans nous préoccuper outre mesure de ce qui n'est que secondaire et subordonné. C'est à ce point de vue que nous revendiquons d'avoir étendu l'*acte topique* en profondeur, et de lui avoir ainsi fait atteindre certains accidents locaux que le bis-

touri seul pouvait auparavant conjurer, à l'exclusion des caustiques et des neutralisants purs. N'est-ce pas une idée féconde que d'avoir assimilé aux déterminations superficielles et d'origine extérieure (effraction avec contamination) les dépôts de matières infectantes dans les ganglions, dans le tissu cellulaire, dans les viscères, etc., et constituant l'immense groupe des tumeurs et des dégénérescences dans leur temps d'innocuité relative? Les injections interstitielles ont permis de combattre dans leur foyer primordial, si profond qu'il fût, tant d'affections diverses, avant la période de diffusion du mal et d'infection définitive. L'à-propos et la vitesse sont bien les attributs de notre méthode, dont la pratique démontre chaque jour les avantages, aux dépens des moyens de violence et des atermoiements.

Nous avons encore, sous une autre forme, constitué un apport sérieux aux médications de vitesse, par l'usage de certains moyens, tels que : la *noix vomique*, dans les accidents aigus de l'*alçoolisme chronique* ; le *cyanure de zinc*, dans les manifestations multiples de la grande *affection à frigore;* les *feuilles de noyer*, dans la *granulie*, prise à son origine même ; enfin, l'*eucalyptus globulus*, appliqué aux *dégénérescences organiques*, encore dans leur période génésiaque, en dépit du scepticisme confraternel, etc. Toutes circonstances qui n'offrent qu'une heure, qu'un instant, pour le succès ; après quoi, il n'y a plus qu'à s'incliner devant une fatalité irrémédiable.

A côté des *méthodes de vitesse*, en général, il y a lieu de placer quelques mots au sujet des *procédés*, qui viennent si puissamment en aide à la réalisation de l'idée mère, et qui sont eux-mêmes de véritables *procédés de vitesse*. Parmi eux, nous citerons, avant tout, les *injections hypodermiques*, grâce auxquelles la précision et la certitude sont définitivement entrées dans la thérapeutique. Les mérites de cette innovation sont relatifs : à l'état du malade, à la dose du remède, et enfin au cas observé. Pour le premier point, quel que soit l'état du malade, qu'il soit inerte et dans le coma le plus profond, ou qu'il y ait impossibilité matérielle de rien introduire dans les voies digestives, on peut toujours intervenir à l'aide de l'injection, en appropriant le remède à son nouvel emploi. Il en résulte aussi qu'on agit à plus faible dose, et que rien n'est perdu pour l'action recherchée. L'effet est, enfin, plus vite obtenu ; et cela n'est pas indifférent, s'il est question d'une fièvre pernicieuse, d'une attaque d'éclampsie, d'une

indigestion grave, d'une colique hépatique ou néphrétique, d'un *delirium tremens*, d'un tétanos, etc. L'indication n'est pas moins impérieuse, en présence d'un état local à modifier puissamment, pustule maligne à neutraliser, tumeur à son origine même à détruire radicalement, etc. En un mot rien n'a été imaginé de plus opportun et de plus efficace que cette méthode hypodermique ; et il semble vraiment que pour l'avenir la thérapeutique doive prendre cette direction, à l'exclusion de toute autre; car elle assure au médecin deux avantages : la conception et l'exécution, alors que l'une et l'autre lui étaient à peu près contestées.

Nous avons encore à mentionner, comme moyen de vitesse, en cas d'urgence, les *inhalations anesthésiques*. Il n'y pas de procédé plus rapide et plus efficace, tout à la fois, pour se rendre maître d'une hystérique ; pour faire cesser une attaque éclamptique, tétanique ; pour provoquer des vomissements, en cas d'indigestion grave. Cette méthode produit des effets parallèles à ceux de l'injection sous-cutanée de morphine ; mais elle a sur celle-ci l'avantage d'opérer plus vite, et de se dissiper plus rapidement. Ce n'est que pour mémoire que nous signalerons les *injections intra-veineuses*, qui sont beaucoup trop énergiques et nous paraissent avoir peu d'avenir. Quant aux voies ordinaires d'introduction des médicaments : *estomac*, *rectum*, *méthode endermique*, *méthode iatraleptique*, etc., il est bien entendu qu'on peut toujours les mettre en œuvre, le cas échéant ; pourvu que l'indication soit remplie aussi complètement que possible. Par exemple s'il y a indigestion ou empoisonnement gastrique, on devra d'abord provoquer les vomissements, suivant les règles ordinaires de l'art ; et nous savons qu'on les obtiendrait encore, à défaut de la déglutition et de l'emploi d'*ingesta* vomitifs, par l'injection sous-cutanée d'*apomorphine*, et même tout simplement de *morphine;* peut-être une inhalation de chloroforme suffirait-elle, comme nous l'avons fait voir d'autre part (1).

En somme, le praticien, devant un cas urgent, devra plutôt compter sur les ressources de son initiative que sur un formulaire fastidieux et banal, tout en se conformant au précepte de l'école : « *Cito*, *tuto et jucunde* », dont chaque terme occupe bien le rang dû à son importance, et qui, par le premier d'entre eux, résume précisément la thèse que nous avons voulu soutenir.

(1) Vomitifs exceptionnels en cas d'indigestion grave (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1873, p. 655).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

De la trachéotomie dite en un seul temps (1);

Par Louis Dubar,
Interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris.

II

MANUEL OPÉRATOIRE DE LA TRACHÉOTOMIE EN UN TEMPS.

Il n'y a pas de petits détails dans la trachéotomie ; les moindres ont leur importance. Le meilleur moyen d'aller vite et avec sécurité est de bien posséder le manuel opératoire, de procéder minutieusement et d'exécuter toutes les parties de l'opération avec la plus grande précision. Nous sommes convaincu que c'est pour avoir omis quelques détails que bon nombre ont échoué.

Les préliminaires de l'opération comprennent :

1° La recherche d'un bon éclairage. Si c'est pendant le jour, on se place près d'une fenêtre et on s'arrange de façon à ce que la main ne fasse pas ombre; si c'est la nuit, on dispose une lampe et plusieurs bougies. Il est indispensable que la lumière vienne de plusieurs foyers, afin que si l'un vient à s'éteindre, l'opérateur ne se trouve pas subitement plongé dans l'obscurité ;

2° La disposition d'une table, d'un matelas et d'un coussin. Si l'on n'avait pas de table suffisamment haute à sa disposition, une commode, un meuble quelconque ferait l'affaire, à condition que ce meuble soit aussi élevé que la taille du chirurgien. On place sur la table un matelas et on procède à la confection du coussin. Le meilleur coussin est sans contredit celui qu'on fabrique soi-même, en roulant une bouteille dans un oreiller et en serrant le tout avec une corde ou une bande. Il doit être dûr, résistant, afin de fournir aux épaules un point d'appui solide;

3° La préparation des instruments. Un bistouri cannelé et gradué, un bistouri boutonné, un dilatateur à deux branches. Deux ou trois canules de numéros différents, savoir : enfant de deux à quatre ans, numéros 0 et 1 ; enfant de quatre à six ans, numéros 1 et 2; au-dessus de six ans, numéros 2 et 3. Les ca-

(1) Suite et fin. Voir le dernier numéro.

nules ont été préalablement garnies de taffetas gommé et munies de cordons. Ces divers instruments sont posés sur une petite table ou sur une chaise, à droite de l'opérateur. En général, il est bon d'avoir sur soi le dilatateur. On le placera dans une poche spéciale, toujours la même, la poche droite du gilet, par exemple.

L'enfant est apporté, enveloppé dans une couverture qui lui monte jusqu'au niveau des épaules, de manière que les bras soient enveloppés et que la région cervicale antérieure se présente bien à découvert.

Deux aides sont nécessaires : l'un, le plus expérimenté, le moins sensible, doit tenir la tête, la main droite derrière la nuque; la gauche sur le front, dans une extension modérée. On confie les bras et les jambes au second. Il est bon de leur rappeler qu'ils doivent s'occuper exclusivement de ce qui leur est dévolu, qu'ils n'ont rien à voir dans l'opération, qu'ils ne doivent bouger sous aucun prétexte. Il pourrait en effet résulter de graves accidents si, au moment de la ponction, la tête ou les bras étaient abandonnés.

Quand tout est ainsi disposé, on procède à la recherche des points de repère. On place la pulpe de l'indicateur de la main droite dans la fossette sus-sternale; puis on explore la partie antérieure et médiane du cou, en remontant vers l'os hyoïde. Généralement, on reconnaît : 1° la saillie antérieure et médiane du cartilage cricoïde; 2° immédiatement au-dessus une seconde saillie constituée par l'extrémité inférieure du cartilage thyroïde; 3° une troisième saillie très appréciable, formée par l'extrémité supérieure du thyroïde (pomme d'Adam). Ceux qui n'ont pas une grande habitude de l'opération, feront bien de marquer chacun de ces points de repère, soit à l'aide d'un crayon, soit à l'aide d'une allumette noircie. Qu'on se garde bien surtout de noter des points de repère insuffisamment reconnus. Si l'on ne sent pas le cricoïde, les deux derniers restent et nous avons vu que la saillie supérieure du thyroïde constante était dans tous les cas suffisante.

Les points de repère étant déterminés, l'opérateur se place à la droite de l'enfant et procède à la fixation du larynx. On le saisit avec la main gauche, entre le pouce et le médius, en ayant soin de ramener préalablement sur les parties latérales de l'organe deux plis de la peau, ainsi qu'il a été dit plus haut. On enfonce alors les doigts comme si on voulait passer derrière le larynx, et

on soulève les bords postérieurs du cartilage thyroïde. De cette manière, le larynx se trouve pour ainsi dire énucléé et fait saillie en avant ainsi que la trachée ; il est de plus parfaitement fixé.

Quand le larynx est saisi, qu'on se souvienne que le pouce, plus fort que le médius, repousse inconsciemment à gauche le larynx et la partie supérieure de la trachée. Il fait décrire à la partie supérieure du tube respiratoire une légère concavité qui regarde à gauche et dont le sommet répond aux deux premiers anneaux de la trachée. Nous avons maintes fois constaté cette courbe sur le cadavre, et nous sommes convaincu que c'est une des causes les plus fréquentes d'incision latérale droite. Il faut donc, quand le larynx est tenu entre les doigts, le repousser légèrement à gauche.

En résumé : saisir le larynx entre le pouce et le médius de la main gauche, comme si on voulait l'énucléer, puis l'attirer légèrement à soi avec le médius. On obtient par cette manœuvre une rectitude parfaite des voies aériennes.

A partir de ce moment, on procède différemment, suivant que l'enfant a plus ou moins de quatre ans ; ou mieux, suivant que le cartilage cricoïde est parfaitement accessible ou non. Dans tous les cas, on s'assure à l'avance s'il n'y a pas un développement anormal de la couche graisseuse sous-cutanée.

A. *Le cartilage cricoïde ne se reconnaît pas facilement.* — Le soulèvement du larynx a fait apparaître le sillon transversal que l'on rencontre au niveau de la membrane crico-thyroïdienne. Si le bord inférieur du thyroïde est accessible, on le prend comme point de repère, sinon avec l'ongle on abaisse une perpendiculaire de la pomme d'Adam sur le sillon transversal.

Le bistouri, tenu verticalement comme une plume à écrire, est placé en regard du point de repère, le dos dirigé du côté du menton. Le médius, qui sert de curseur, limite, à partir de la pointe, 1 centimètre et quart de lame, c'est-à-dire qu'il se place de façon que son extrémité réponde au deuxième cran. On s'assure par un coup d'œil rapide que la lame est parfaitement dans le plan antéro-postérieur et médian du cou. Alors on l'enfonce au niveau du point de repère, assez rapidement, jusqu'à ce que le médius soit arrêté. A ce moment, on entendra un sifflement caractéristique et l'on verra sur la face du bistouri qui répond à la cannelure une pluie fine de sang. Quelques petits mouve-

ments de rotation imprimés à la lame amèneront des gouttes plus volumineuses. S'il arrivait par impossible que le sifflement ne se produisit pas, on pourrait enfoncer jusqu'à 1 centimètre et demi, mais jamais au delà.

Dès que le sifflement est entendu, sans s'arrêter on imprime au bistouri deux ou trois petits mouvements de scie, de manière à couper le cricoïde et deux ou trois anneaux de la trachée. Il ne faut pas couper en pressant; car, en agissant ainsi, comme il résulte des expériences de M. de Saint-Germain, la plaie trachéale serait beaucoup plus étendue que la plaie cutanée, à cause de la plus grande élasticité de la peau. A mesure que l'on coupe, le sifflement, d'abord aigu, devient grave. On termine en abaissant le talon du bistouri, de manière à agrandir par en bas la plaie cutanée et à permettre au sang et aux liquides trachéaux de s'écouler sans obstacle.

Dès que le bistouri est retiré, on abandonne le larynx, on plonge le doigt indicateur de la main gauche dans la plaie; on trouve très facilement l'incision trachéale. Alors on place l'ongle sur la lèvre droite de l'incision. Le dilatateur, tenu par le milieu et introduit fermé par la main droite, est poussé sur l'ongle de l'indicateur gauche jusque dans la trachée sans éprouver la moindre difficulté. On ouvre modérément les branches du dilatateur, on relève l'enfant et on fait basculer doucement le dilatateur jusqu'à ce que ses branches soient perpendiculaires à la face antérieure du cou. Quelques quintes de toux se produisent, salutaires en ce sens qu'elles amènent l'expulsion du sang tombé dans la trachée.

Il est absolument inutile de se presser pour l'introduction de la canule. Quand le dilatateur est dans la trachée, la trachéotomie est faite. L'enfant respire, est déjà soulagé. On peut prendre son temps pour introduire la canule; on la présente couchée sur les branches du dilatateur, le pavillon tourné à droite. On l'enfonce jusqu'à ce qu'on sente un plan résistant qui n'est autre que la paroi postérieure du larynx et de la trachée. Par la manœuvre dite « du demi-tour de maître » on l'introduit entre les deux branches du dilatateur et dans la trachée. On retire le dilatateur et on noue les cordons derrière le cou. Si la canule entrait avec quelque peine et à frottement, il ne faudrait pas craindre d'insister. En effet une canule large donne à l'enfant une prise d'air plus considérable et, par la compression

qu'elle exerce sur les lèvres de la plaie, elle fait cesser plus rapidement l'écoulement du sang.

Il existe un grand nombre de signes indiquant que l'on a pénétré dans les voies aériennes : perte absolue de la voix, si elle existait précédemment ; projection au dehors de sang et de fausses membranes ; absence de gêne respiratoire. Nous indiquerons un moyen très simple, qui nous a rendu plus d'une fois service. On taille une petite languette de papier de 3 centimètres de long sur 1 centimètre de large et on la présente à l'orifice de la canule. Si celle-ci est bien dans la trachée, elle est repoussée à chaque expiration et attirée à chaque inspiration. Elle est ainsi agitée de mouvements alternatifs caractéristiques. Ajoutons que son exiguïté empêche la bouche d'avoir sur elle aucune influence.

S'il s'écoulait par la plaie une certaine quantité de sang, on placerait sous le taffetas gommé une petite plaque d'agaric. Ce moyen nous a toujours suffi. Toutefois, si l'écoulement du sang persistait ou devenait abondant, il faudrait entourer le cou d'une vessie remplie de glace. Si la glace manquait, il serait nécessaire d'enlever la canule, de replacer le dilatateur, puis d'appliquer sur une ou sur les lèvres de la plaie des pinces hémostatiques. On replacerait ensuite soit la même canule, soit une canule d'un numéro inférieur. Ce sont là des moyens qu'il faut avoir présents à l'esprit, mais dont on aura rarement à se servir dans cette variété de trachéotomie, vu la pauvreté de la région en vaisseaux.

On terminera en entourant le cou de l'enfant d'une bande de mousseline peu épaisse. Nous ne saurions trop nous élever contre cette pratique qui a cours dans certaines salles de l'Enfant-Jésus et qui consiste à prendre une compresse ordinaire et à la serrer autour du cou de l'enfant. Cette compresse ne remplit nullement l'indication que l'on se propose. Elle ne laisse pas filtrer l'air, en sorte que l'enfant, gêné pour respirer, l'a bientôt tirée à la partie inférieure du cou. La canule reste ainsi à découvert. Parfois le sang qui imbibe la compresse la rend adhérente. A chaque mouvement inspiratoire elle entre dans l'ouverture de la canule, puis elle en est chassée pendant l'expiration. Elle constitue une véritable soupape qui ne permet qu'à une très faible quantité d'air de pénétrer dans les poumons. Nous avons vu dans ces circonstances un enfant asphyxiant, et nous ne doutons pas que la mort pourrait se produire dans ces conditions. Ainsi donc qu'on prenne une étoffe claire et qu'on la rechange dès qu'elle est

souillée par le sang. L'enfant est replacé dans son lit, réchauffé; on change la canule interne de demi-heure en demi-heure pendant la première journée.

B. *Le cartilage cricoïde est très reconnaissable.* — C'est la partie saillante médiane de ce cartilage qui devient point de repère. Au besoin on tracerait avec l'ongle une ligne verticale depuis la partie inférieure du thyroïde jusque sur le cricoïde. Avec une allumette noircie on indique cette saillie.

Toutes les dispositions étant prises comme dans le cas précédent, on enfonce le bistouri cannelé et gradué immédiatement au-dessous du cricoïde, de façon que le dos de la lame vienne s'appuyer sur le bord inférieur de ce cartilage. On s'arrête à 1 centimètre et quart. On entend le sifflement et on aperçoit la pluie de sang sur le côté gauche de la lame. On imprime immédiatement à ce bistouri deux légers mouvements de scie de manière à couper trois anneaux de la trachée ; on abaisse le talon de l'instrument et on le retire. L'introduction de l'indicateur gauche, du dilatateur et de la canule ne présente rien de spécial.

Cette manière de faire est très commode; le bord inférieur du cricoïde est un excellent point d'appui pour le bistouri qui, de cette façon, n'a pas chance de dévier. Dans l'introduction de la canule on n'est pas gêné par le retrait des deux portions de ce cartillage sectionné.

Nous terminerons par quelques mots de statistique. On verra que les résultats obtenus par M. de Saint-Germain depuis qu'il pratique la trachéotomie en un temps, aussi bien que ceux obtenus cette année à l'hôpital des Enfants malades par le même procédé, ne laissent pas d'être très satisfaisants. Sur 124 opérations, M. de Saint-Germain compte 39 succès ; c'est, on le voit, 1 succès sur 4 opérations.

Les opérations faites par le procédé en un temps en 1878, à l'hôpital des Enfants malades, se répartissent ainsi : 16 succès, 86 morts ; c'est-à-dire 1 succès sur 6 opérations.

La statistique ne prouve sans doute pas grand'chose pour cette opération qui est subordonnée à la marche ultérieure de la diphthérie. Il n'en était pas moins intéressant de montrer que même à ce point de vue la trachéotomie en un temps ne le cédait à aucun des autres procédés de trachéotomie.

CORRESPONDANCE

Végétarisme et traumatisme.

A M. Dujardin-Beaumetz, secrétaire de la rédaction.

Ostéotomie du tarse pour un pied bot équin chez un végétarien ; suppuration et état général grave malgré le traitement antiseptique ; guérison. — La Grande-Bretagne est depuis quelque temps en proie à plusieurs états généraux non encore décrits dans les livres classiques. L'abus des liqueurs fortes a donné lieu à une réaction violente en sens inverse, et il en est résulté le *teetotallisme*, mot créé pour désigner l'état dans lequel tombent les personnes qui ont renoncé à faire usage de boissons alcooliques. D'autres personnes, tout en cessant de demander à l'eau-de-vie les sensations de l'ivresse, ont eu recours à un autre liquide excitant, et se sont adonnées à l'éther. Je me permettrai de vous recommander à ce propos la lecture d'un article fort intéressant de M. Richardson sur les *buveurs d'éther*, traduit dans la *Revue Britannique* de décembre 1878, p. 357. Une autre catégorie d'individus a apporté dans les aliments solides une réforme analogue à celle que nous venons de signaler pour les liquides, et ne se nourrit plus que de végétaux, d'où le nom de *végétariens* (vegetarian) qu'on leur a donné.

Il sera intéressant, dans un avenir plus ou moins éloigné, d'étudier les modifications que ces changements de régime ne manqueront pas d'imprimer à la physiologie pathologique des affections médicales et chirurgicales. En attendant que les documents soient assez nombreux pour qu'on puisse le faire avec fruit, nous croyons devoir porter à la connaissance de nos lecteurs le fait suivant :

Georges M***, vingt et un ans, entre à *Charing-Cross Hospital*, dans le service de M. Barwell, le 19 février, pour un pied bot équin très marqué du côté gauche. Cet état durait depuis aussi longtemps qu'il pouvait se le rappeler, et comme cette difformité était un obstacle sérieux à l'exercice de sa profession d'épicier, il était très désireux qu'on y remédiât par quelque opération.

Les antécédents pathologiques de la famille du malade étaient bons ; lui-même était un homme de bonne constitution, robuste, et la seule chose digne d'être notée dans ses antécédents était l'absence totale de viande dans son alimentation, qui était purement végétale depuis plusieurs années.

Le 28 février, M. Barwell pratique l'opération suivante : il fit une incision longitudinale le long du bord externe du pied, jusque vers la partie moyenne, puis une autre transversale, à la

face dorsale, suivant la base des métatarsiens. Il disséqua alors les lambeaux cutanés, découvrit les tendons des péroniers et des extenseurs, et mit à nu la rangée intérieure des os du tarse. Puis, au moyen de la scie et du ciseau, il enleva une partie du tarse en forme de coin, lia plusieurs vaisseaux qui donnaient du sang, redressa le pied, et appliqua un appareil plâtré pour le maintenir dans la position voulue. Les précautions antiseptiques furent observées durant l'opération.

Le 1er mars, il y eut un suintement sanguin considérable pendant la nuit, et on négligea les antiseptiques en l'arrêtant. Le traitement consécutif de la plaie fut dirigé d'après les préceptes ordinaires de la chirurgie.

Le 4, le malade paraît dans un état très marqué d'anémie. De la plaie s'écoule du pus de bonne nature; mais la température s'élève, le matin à 39 degrés, le soir à 39°,3; le pouls à 120. Respiration laborieuse.

Le 29, le malade fut atteint d'une pneumonie, probablement produite par la perte de sang. Les symptômes ont été quelque peu anormaux, de sorte qu'on pensa un instant à l'existence de la pyohémie; mais il ne parut pas y avoir d'abcès secondaires. La plaie conserva un bon aspect, et le malade paraît maintenant aller mieux. La température a atteint deux fois 40°,5 le soir; mais actuellement, elle oscille entre 37 degrés le matin et 38°,5 le soir. Le malade est très affaibli.

Le 4 avril, le malade tousse encore un peu. La plaie a bon aspect, mais il s'en écoule une quantité considérable de pus, et il n'y a pas de commencement de réunion entre les deux surfaces osseuses.

Le 13, le malade reprend des forces de jour en jour. La température oscille de 37 à 38 degrés; la plaie ne donne plus autant de pus, et il semble y avoir quelques traces de réunion osseuse à la partie externe de la plaie.

Le 21, le pied et le cou-de-pied ont été mis dans un appareil plâtré auquel on a pratiqué une fenêtre pour pouvoir faire les pansements. La plaie donne encore beaucoup de pus, mais l'état général du malade est remarquablement bon.

Le 15 mai. Ce jour-là on retire de la plaie un morceau d'os nécrosé, et, en l'examinant, on reconnaît la surface articulaire antérieure du scaphoïde. La température pendant la dernière quinzaine a dépassé une fois 37°,5; mais, en général, elle s'est toujours maintenue aux environs de 37 degrés.

Le 22. Depuis l'ablation du fragment nécrosé, la cicatrisation de la plaie a marché rapidement, et le malade a pu se lever un peu dans la salle aujourd'hui. Le pied est encore sensible, mais il est solide, et on peut voir que la difformité qui existait avant l'opération a été notablement corrigée.

Le malade resta à l'hôpital jusqu'au commencement de juillet. La convalescence fut lente, mais ininterrompue. Au moment de sa sortie, le malade se servait encore de béquilles; le pied, quoique

entièrement guéri, étant encore un peu sensible à la pression. Après quelques semaines de séjour dans une maison de convalescence, l'état du pied s'était encore amélioré; les plaies s'étaient complètement cicatrisées et ne causaient aucune gêne, et le pied était sain et solide.

Je ne m'arrêterai pas sur l'opportunité de l'opération pratiquée par M. Barwell; la question de l'intervention chirurgicale dans le pied bot équin est encore fortement discutée, et même la plupart des chirurgiens français l'ont résolue dans le sens de la non-intervention. Je m'occuperai seulement de l'influence que paraît avoir exercée l'état général du malade sur la marche de l'opération.

M. Barwell fait remarquer qu'il avait deux fois déjà, dans le cours de sa pratique, opéré des végétariens et que les deux malades avaient eu une convalescence très lente, accompagnée d'une suppuration abondante de la plaie. « Chez ces sujets, dit-il, la vitalité des tissus est très faible, et c'est là probablement la cause de la nécrose d'une partie du scaphoïde et de la cicatrisation très lente de la plaie. L'hémorrhagie qui suivit l'opération a dû contribuer aussi à cette faiblesse du processus réparateur; mais d'après ce que nous savons actuellement de la manière dont se comportent les plaies chez les sujets épuisés, que ce soit par un régime débilitant ou par une affection viscérale chronique, il ne me répugnerait nullement d'admettre que cette hémorrhagie, la pneumonie bâtarde qui est survenue quelques jours après et la lenteur de la cicatrisation ont eu pour cause le mauvais état général du malade. »

On pourrait encore se demander si le malade ne s'est pas refroidi pendant l'opération et pendant les manœuvres nécessitées par l'hémostase; si la pneumonie n'est pas simplement une affection intercurrente et si ce n'est pas tout uniment à titre de maladie aiguë qu'elle a provoqué la suppuration abondante de la plaie et la lenteur de la cicatrisation, etc. Mais il faut savoir se borner dans le champ de l'hypothèse et je m'arrête, content d'avoir signalé ce fait, à savoir que les végétariens paraissent doués d'une grande facilité à suppurer.

L.-H. Petit.

BIBLIOGRAPHIE

La Syphilis du cerveau, par A. Fournier (Leçons cliniques recueillies par E. Brissaud), in-8 de 654 pages. G. Masson. Paris, 1879.

Bien qu'ils soient connus depuis longtemps déjà, les accidents cérébraux et médullaires de la syphilis n'ont été sérieusement étudiés que depuis quelques années. Les mémoires, les monographies nombreuses publiés en

France et à l'étranger, les travaux de A. Fournier montrent bien de quelle importance est pour le praticien la connaissance approfondie de la vérole. Les recherches cliniques font voir, en effet, que ces altérations syphilitiques des centres nerveux, considérées autrefois comme exceptionnelles, sont, au contraire, d'une fréquence extrême. L'étiologie véritable de certains phénomènes nerveux était méconnue; nous savons aujourd'hui que beaucoup d'entre eux reconnaissent la syphilis comme origine. L'hémiplégie des jeunes gens, par exemple, est si souvent une manifestation de la syphilis, que, d'après A. Fournier, on peut poser en principe que: toute hémiplégie survenant chez un sujet âgé de moins de quarante ans, non affecté d'alcoolisme ou de lésions du système circulatoire, est au moins 8 fois sur 10, 9 fois sur 10 peut-être, d'origine syphilitique.

De même pour l'épilepsie : lorsqu'elle se manifeste pour la première fois chez un sujet au-dessus de vingt-cinq ou trente ans, 9 fois sur 10, elle est d'origine syphilitique.

On peut en dire souvent autant pour les paralysies oculaires et pour certains autres symptômes, névralgies, aphasie, aliénation mentale, paralysie générale, etc.

Les cas de syphilis cérébrale sont, d'après M. Fournier, relativement communs de la troisième à la dix-huitième année de la diathèse, et peuvent se distribuer approximativement ainsi : les deux tiers des cas de la troisième à la dixième année, un tiers de la dixième à la dix-huitième. Il est à remarquer aussi que presque tous les cas observés ont succédé non pas, comme on pourrait s'y attendre, à des véroles graves, mais bien à des véroles moyennes ou bénignes. Ainsi, sur 47 cas, M. Fournier a constaté que 3 cas étaient dus à des syphilis antérieures graves, et 44 cas à des syphilis moyennes.

La syphilis peut affecter tous les organes contenus dans la boîte crânienne, mais les lésions de la syphilis sont partielles, multiples, disséminées, asymétriques d'une moitié à l'autre de l'encéphale; elles sont de deux ordres : 1° lésions *propres*, spéciales, primitives; 2° lésions communes, secondaires, deutéropathiques.

Pour bien traiter la syphilis cérébrale il faut la surprendre, dit M. Fournier, la deviner à ses débuts, et ne pas lui laisser prendre droit de domicile dans l'économie; il faut connaître ses symptômes prodromiques, ses formes initiales. M. Fournier rapporte ces symptômes aux six types suivants : formes céphalalgique, congestive, convulsive ou épileptique, aphasique, mentale, paralytique.

Après avoir passé en revue les signes de ces différentes formes, qui se fusionnent souvent ensemble et constituent des formes *mixtes, vagues, compliquées*, M. Fournier expose le traitement qu'il faut opposer à ces accidents si graves, si fréquents, à recrudescences et à rechutes si curieuses.

Nous n'avons pas à rendre compte de ce chapitre. La thérapeutique de la syphilis cérébrale a déjà été publiée dans le *Bulletin de Thérapeutique* et les lecteurs ont vu quels résultats on obtient par un traitement bien entendu joint à une hygiène spéciale.

Une aussi courte analyse ne donne qu'une bien faible idée du travail de M. Fournier, et nous ne pouvons que conseiller vivement la lecture, fort

attrayante du reste, de ces leçons cliniques recueillies si fidèlement par M. Briscaud, et dans lesquelles sont exposées des notions que le praticien ne peut plus ignorer aujourd'hui.

Dr Carpentier-Méricourt fils.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séances des 2 et 9 juin 1879 ; présidence de M. Daubrée.

Sur l'action de la digitaline. — Extrait d'une note de M. Cadiat. Les expériences avec la digitaline confirment, mais avec des caractères d'une évidence incontestable, les résultats obtenus par M. Bröhm et par M. Vulpian. Contrairement à Traube, qui pensait que la digitale agit sur le cœur par l'intermédiaire du système nerveux, M. Vulpian reconnaît que la digitaline, ainsi que « l'upas antiar », est un poison du cœur agissant directement. Voici la conclusion à laquelle M. Cadiat est arrivé.

1° Sur une roussette « Scyllium canicula », j'ai, dit l'auteur, ouvert le péricarde, coupé un pneumogastrique. Le cœur bat vingt-cinq fois par minute. Quelques gouttes d'une solution de digitaline sont versées sur le cœur. Les mouvements de cet organe s'accélèrent d'abord, mais les diastoles diminuent peu à peu ; le cœur paraît s'enfoncer dans le péricarde. Brusquement il s'arrête en systole dans une sorte d'état tétanique et l'excitation électrique ne peut rappeler aucun battement. Mais l'animal n'a pas pour cela cessé de vivre ; plongé dans un bassin, le cœur étant absolument immobilisé, il fait encore pendant plus d'une demi-heure des mouvements natatoires.

2° Sur un autre de ces squales je répète la même expérience ; mais, au lieu de couper le pneumogastrique, je détruis le bulbe. Cette mutilation accélère encore les battements du cœur, qui deviennent aussi fréquents que si le pneumogastrique était coupé. Quelques gouttes de digitaline sont versées dans le péricarde. Le cœur continue à battre, puis brusquement s'arrête en systole. Les mouvements spontanés persistent encore.

3° Je coupe le pneumogastrique gauche un jour, le lendemain celui du côté droit. L'excitation d'un des nerfs n'arrête plus le cœur, ce qu'il faut sans doute attribuer à l'action accélératrice du nerf symétrique sectionné. Une forte dose de digitaline est alors injectée dans le péritoine ; puis, un quart d'heure après, j'ouvre le péricarde. Le cœur bat vingt-six à trente et une fois par minute ; mais les diastoles se réduisent peu à peu ; subitement le cœur s'arrête en systole. Le système nerveux est encore excitable, car l'animal plongé dans l'eau exécute des mouvements natatoires.

4° Sur un autre de ces squales, je commence par faire une forte injection sous-cutanée de digitaline. Dix minutes après, le pneumogastrique et le cœur sont mis à nu. Le cœur est absolument immobilisé en systole ; or, à ce moment, l'excitation du nerf amène progressivement une dilatation et une réplétion excessive du cœur. Comme on pourrait attribuer cette réplétion du cœur à l'influence des contractions musculaires, je fais passer un courant le long de la moelle, qui détermine des efforts violents, mais sans amener de dilatation du cœur.

Conclusion. — La digitaline, donnée aux animaux en proportion toxique, agit comme poison du cœur. Elle agit directement sur cet organe en déterminant, comme l'ont déjà vu plusieurs auteurs, une tétanisation du ventricule et une diastole de l'oreillette. Elle n'a pas d'action sur les centres nerveux, ni sur les nerfs périphériques, ni sur les muscles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séances des 3 et 10 juin 1879; présidence de M. Richet.

Sur la statistique des décès. — M. Lagneau donne lecture d'un rapport « sur la coopération des médecins traitants à la détermination des causes de décès ».

L'honorable académicien conclut ainsi : l'Académie approuve pleinement l'intention qu'avaient le Conseil municipal de Paris et l'administration préfectorale de demander aux médecins traitants leur coopération dans la détermination des causes de décès ; mais elle pense que cette coopération ne doit être obtenue qu'en se conformant aux conditions suivantes :

1° Il n'est introduit aucune modification dans le service des médecins de l'état civil ;

2° Dans chaque mairie, un employé tient un registre à souche sur lequel sont transcrits les certificats de décès rédigés par les médecins de l'état civil. Une feuille portant les mêmes indications et le même numéro d'ordre que la souche de ce livre est détachée et portée par un employé de la mairie au domicile du médecin traitant. Celui-ci est invité à y inscrire l'indication de la maladie qui a déterminé la mort de son client ; lorsqu'il le juge nécessaire, il peut supprimer les noms et les prénoms du décédé, écrits sur une partie de cette feuille, qui, limitée par une ligne ponctuée à jour, peut être facilement séparée ;

3° Ce bulletin, placé sous pli cacheté, est rapporté par l'employé à la mairie et dirigé de là sur le bureau de statistique médicale ;

4° La statistique des causes de décès est faite à l'Hôtel-de-Ville par des médecins ;

5° Le bulletin hebdomadaire de statistique des causes de décès est gratuitement expédié à tous les médecins de la ville.

Pleurésie multiloculaire. — M. Moutard-Martin est appelé à la tribune pour la continuation de la discussion sur la pleurésie multiloculaire.

L'orateur déclare qu'il partage la plupart des opinions émises par MM. Maurice Raynaud et Woillez sur la communication de M. Jacoud. Il croit, en outre, que M. Jacoud accorde une valeur trop considérable au signe de « vibrations thoraciques » dans le diagnostic de la pleurésie multiloculaire, car il a eu occasion d'observer ce symptôme, après la ponction, sur le côté qui avait subi, par le fait de celle-ci, un retrait plus ou moins remarqué.

M. Moutard-Martin cite un certain nombre de cas dans lesquels il a pu diagnostiquer une pleurésie cloisonnée, dont la partie la plus considérable de l'épanchement faisait saillie à la partie antérieure de la poitrine ; il a réussi dans plusieurs de ces cas, dont un avec épanchement purulent, à obtenir, par la thoracentèse, la guérison complète des maladies : ce qui prouve l'exagération de l'assertion de M. Jaccoud, en vertu de laquelle il ne faudrait pas toucher à la pleurésie multiloculaire, sous peine de mort pour les malades.

La thoracentèse, suivant l'orateur, est exactement applicable dans les cas de pleurésie cloisonnée comme dans les cas de pleurésie ordinaire, à la condition toutefois que ces pleurésies cloisonnées ne soient pas des cas de récidives indiquant le plus généralement que la maladie est sous la dépendance d'une diathèse tuberculeuse.

Distomes hépatiques. — M. Laboulbène présente une observation, avec pièce anatomique à l'appui, de distomes hépatiques expulsés avec tænia, à la suite de l'administration d'un purgatif, par une femme de la campagne, chez laquelle il n'y avait pas d'influence héréditaire, mais qui avait l'habitude de boire à une marc d'eau stagnante voisine de son habitation.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séances des 4 et 11 juin 1879 ; présidence de M. Tarnier.

Inversion totale de l'utérus, traitement par la ligature élastique, guérison. — Jusqu'ici il n'y a pas un seul exemple d'inversion totale qui soit avéré ; M. Guéniot pense que l'observation de M. Hue rentre dans le cas ordinaire.

Se plaçant dans l'hypothèse d'une inversion totale, M. Hue recommande la ligature élastique. Je crois que c'est en effet le meilleur mode de traitement.

Reste la partie clinique. Il s'agit d'une femme à la septième grossesse, très fatiguée par la grossesse et par le travail, chez qui le médecin traitant, M. Fauvel, crut devoir accélérer la délivrance pour obvier à une hémorrhagie commençante ; il tira sur le placenta et détermina un renversement de l'utérus. Il ne put que remonter le fond de l'utérus dans le vagin, mais sans le remettre en place. Dans un cas de ce genre, pour lequel j'ai été appelé à l'hôpital de la Charité, je déprimai le fond de l'utérus et pus le remonter. Dans le cas de M. Fauvel, l'hémorrhagie continua pendant dix jours. Chez ces malades, les culs-de-sac vaginaux sont quelquefois considérablement remontés ; M. Hue, appelé en consultation, attira l'utérus pour attirer en même temps les culs-de-sac, M. Fauvel et lui constatèrent une inversion complète et cherchèrent à la réduire. Avant de faire des tentatives de réduction ils firent une injection de morphine pour atténuer la douleur, puis M. Hue tenta les procédés aujourd'hui connus, ensuite il eut l'idée de charger sur le col de la matrice une coiffe de caoutchouc pour exercer une pression de bas en haut ; la coiffe se creva. Pendant quatre mois encore la femme eut des pertes et au bout de ce temps on décida d'enlever l'utérus ; cette opération fut pratiquée dix jours après une menstruation. On jeta sur le pédicule de la tumeur une anse de caoutchouc. Au bout de quinze heures il y eut une hémorrhagie fort abondante. On tamponna, le sang s'arrêta ; peu à peu les forces revinrent ; la tumeur diminua de volume et quinze jours après la partie superficielle de l'utérus se sphacéla et s'élimina, tandis que la partie sous-péritonéale persistait. Ce n'est qu'au bout de quarante jours que la tumeur tomba complètement. Ce qui jette du doute sur l'interprétation de M. Hue, c'est qu'après la chute de cette tumeur il retrouva un col parfaitement conformé. M. Hue n'a donc pas eu une inversion totale.

M. Després. J'ai vu dans le service de Nélaton une femme chez laquelle un renversement de l'utérus s'était produit, par suite d'un léger effort, une dizaine de jours après l'accouchement. M. Depaul essaya de réduire le fond de l'organe avec un bâton ; quinze heures après la femme mourait ; l'utérus avait été perforé. Voilà quels résultats peut donner cette méthode entre les mains des accoucheurs les plus exercés !

Je trouve de même déplorable la méthode qui consiste à appliquer un ballon de caoutchouc dans le vagin d'une femme qui vient d'accoucher.

M. Forget. Je demande si en pareil cas l'écraseur linéaire de Chassaignac ne donnerait pas de meilleur résultat que la ligature élastique.

Pendant que j'étais interne de Lisfranc, j'ai vu un cas d'inversion totale de l'utérus dessiné par Gratiolet.

M. Tillaux. — L'action de l'écraseur linéaire est tout à fait différente de celle du fil élastique. Le premier agit par écrasement, le second agit par ulcération. Je ne crois pas qu'il soit prudent d'appliquer un écraseur linéaire sur des vaisseaux aussi gros que ceux de l'utérus d'une femme qui vient d'accoucher.

Résection sous-périostée de l'omoplate et de la tête de l'humérus, guérison. — M. Nicaise. Lorsque le malade de M. Brigham entra à l'hôpital français de San-Francisco, le 17 octobre 1877, il

avait sept fistules partant des os nécrosés. L'opération fut faite le 23 octobre, elle dura une heure et demie; six points de suture furent appliqués. Le pansement consista en charpie imbibée de glycérine phéniquée sur laquelle on appliqua de la ouate recouvrant la moitié du corps. La plaie se réunit par première intention, sauf au niveau des tubes à drainage. Le 1er janvier le malade pouvait déjà mouvoir ses bras et se servir de sa main.

Actuellement la clavicule fait une saillie notable ; au niveau du bord postérieur de l'aisselle reste une fistule qui s'ouvre parfois; il n'y a pas trace de reproduction osseuse ni d'articulation. L'abduction est très limitée, l'action du deltoïde est presque nulle. En dedans les mouvements sont plus étendus, mais le malade ne peut porter une cuillère à sa bouche.

La première résection de l'omoplate fut faite en 1855 par Langenbeck ; depuis elle a été reproduite plusieurs fois.

La résection sous-périostée de l'omoplate pour carie ou nécrose n'est pas grave au point de vue opératoire, mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit d'une tumeur de l'os.

Le malade de M. Brigham, âgé de trente-cinq ans, n'a pas eu de régénération osseuse, il n'y a eu qu'une plaque osseuse ; au contraire chez un malade de M. J. Bœkel, âgé de quinze ans, il y a eu régénération complète.

Résection sous-périostée de la diaphyse du tibia chez un enfant ; croissance normale. — M. Duplay. J'ai présenté à la Société, il y a quatre ans, un jeune malade de treize à quatorze ans chez lequel, à la suite d'une périostite phlegmoneuse diffuse, j'ai enlevé la diaphyse du tibia. J'ai scié au niveau de l'épiphyse supérieure, l'épiphyse inférieure étant décollée. M. Panas avait émis des doutes sur la croissance ultérieure de cet os placé au contact du péroné non altéré. J'ai pu suivre le malade que je vous présente pour la seconde fois aujourd'hui. Il ne boite nullement et marche bien. Cet os offre cependant une diminution de 1 centimètre et demi à 2 centimètres sur l'autre tibia.

Sur une nouvelle forme de charbon. — M. Nicaise fait un rapport sur un travail de M. Millet : « Sur une forme non décrite du charbon, observée chez l'homme. » Le mal siège exclusivement aux doigts, surtout à la face dorsale. On remarque une petite tumeur faisant saillie sur les parties voisines et ordinairement ombiliquée; elle contient de la sérosité, jamais du pus. Cette élevure est indolente. M. Millet en a recueilli 16 cas en douze ans, contre 55 pustules malignes. Treize fois on a pu remonter à l'origine du mal : inoculation par une coupure ou une piqûre d'os.

A la suite de l'inoculation, une tache rose paraît d'abord, puis une papule. M. Millet excise la papule et applique le caustique de Vienne. Les malades ont guéri. Il ne s'agit, d'après lui, ni de l'œdème malin, ni de la pustule maligne. Dans un cas, la guérison fut spontanée.

La pustule maligne a des caractères physiques bien variables, et le pronostic varie également. Les pustules malignes sans bactéridies (Maunoury, Toussaint) guérissent assez facilement; la recherche des bactéridies devrait trancher la question entre la pustule pseudo-charbonneuse et la pustule charbonneuse (Raimbert). On admet aussi que le siège de la pustule influe beaucoup sur les caractères du mal. L'affection charbonneuse en général paraît plus bénigne aux doigts. Il faut attendre de nouvelles recherches pour affirmer la nature charbonneuse de l'affection si bien étudiée par M. Millet, et surtout rechercher l'existence ou la non-existence des bactéridies.

Anus contre nature. — M. Farabeuf a été chargé de rendre compte d'une pièce présentée à la Société de chirurgie par M. Motte (de Dinan). Il s'agit d'un anus contre nature de la région ombilicale avec invagination d'une partie de l'intestin.

Un enfant naquit le 31 août 1878 avec une hernie à l'ombilic; M. Motte fut appelé quinze jours après la naissance ; il constata un anus contre na-

ture. L'intestin avait été compris probablement dans la ligature du cordon. Le bout supérieur laissait écouler des matières; le bout inférieur ne put être retrouvé M. Motte fit une cautérisation et appliqua un bandage compressif. La tumeur disparut presque complètement. Mais, après une nuit de cris et d'insomnie, la tumeur reparut; l'enfant mourut quelques jours après.

D'après l'examen de la pièce, voici ce qui a dû se passer : une partie du calibre de l'intestin a été pincée par la ligature du cordon et s'est sphacélée ; il s'est ensuite formé un éperon, et enfin une double invagination.

M. Terrier. Quand l'intestin est pincé au moment de la ligature du cordon, on a dit que c'était un diverticule de l'intestin qui était pincé ; d'où l'explication d'un seul orifice et la continuation des selles.

Sur une tumeur hydatique de la langue. — M. Lannelongue communique une observation curieuse. Le 10 avril 1878, on lui amena un enfant de deux ans et demi qui, depuis un mois, portait dans la langue une tumeur du volume d'un pois chiche. La tumeur, qui était indolente, siégeait sur le côté droit de la ligne médiane vers la pointe de l'organe. M. Isnard (de Saint-Denis) et M. Lannelongue diagnostiquèrent un kyste.

Le 26 mai, l'enfant fut chloroformé; incision sur la face inférieure de la langue ; énucléation de la tumeur; guérison.

M. Malassez examina le kyste et y reconnut la présence d'un cysticerque. Pas d'autre tumeur sur le reste du corps. Toutes les fois qu'une tumeur liquide est située au milieu des fibres musculaires et n'est pas enflammée, il faut songer à un kyste hydatique (Denonvilliers).

SOCIÉTÉ DES HOPITAUX

Séance du 13 juin 1879 ; présidence de M. Hervieux.

Respiration saccadée. — M. Lereboullet rapporte l'observation d'un malade qui a présenté une respiration saccadée en rapport avec les mouvements du cœur. Il rappelle, à cette occasion, que, depuis Raciborski, qui a le premier décrit ce bruit anormal, on a cherché à l'expliquer de différentes manières : les uns l'attribuent à une diatabilité inégale des tuyaux bronchiques ; d'autres à un bruit de frottement pleural ; enfin M. Potain le considère comme un bruit extra-cardiaque.

Altérations du sang. — M. Quinquaud communique à la Société les résultats de ses recherches sur la composition du sang et la proportion de ses divers éléments dans les différentes maladies. Il s'est attaché à reconnaître quelles sont les variations pathologiques de la quantité d'hémoglobine contenue dans le sang, de son pouvoir oxydant et des matériaux solides du sérum. Il se sert pour ces recherches de l'hydrosulfite de soude qui est extrêmement avide d'oxygène et le prend partout où il le trouve, dans l'air ou dans le sang en particulier. Aussi faut-il le conserver dans une atmosphère d'hydrogène. On le fait agir sur du sulfate de cuivre ammoniacal et du carmin d'indigo. En mélangeant un certain nombre de centimètres cubes de sang avec ces produits, on marque le moment où apparaît la couleur du carmin d'indigo, et, d'après la quantité d'hydrosulfite de soude qui a dû être employée, on peut apprécier la quantité d'oxygène contenue dans le sang. On peut aussi doser l'hémoglobine d'après la quantité maximum que peut absorber le sang lorsqu'il a été agité au contact de l'air.

Il suffit pour les essais d'avoir 2 centimètres cubes de sang environ, qui ne doivent être agités que pendant deux ou trois minutes. Les résultats obtenus par cette méthode ont une approximation de un dixième de centimètre cube d'oxygène sur 100 grammes de sang.

Par ces procédés employés à l'aide d'un appareil particulier, M. Quinquand est arrivé aux conclusions suivantes : le pouvoir oxydant du sang normal est de 240 centimètres cubes, pour 1 000 grammes ; l'hémoglobine est de 125 grammes pour 1 000 et les matériaux fixes du sérum de 90. A une maladie spéciale correspond une altération hématique spéciale.

Ainsi, dans la chlorose, on trouve, au lieu des chiffres ci-dessus :

Hémoglobine.	50 grammes.
Pouvoir oxydant	100 centimètres cubes.
Matériaux fixes du sérum. . .	90 gr. (proportions normales).

Dans les anémies organiques, on trouve :

Hémoglobine.	80 gr. (au lieu de 50 dans la chlorose).
Pouvoir absorbant	150 centim. cubes (au lieu de 100).
Matériaux solides.	88 grammes (au lieu de 90).

Dans la tuberculose commençante :

Hémoglobine.	100 grammes (au lieu de 50).
Pouvoir absorbant	192 centim. cubes (au lieu de 100).
Matériaux solides.	86-84-80 grammes (au lieu de 90).

Dans l'anémie palustre :

Hémoglobine.	78 grammes.
Matériaux solides.	60 —

Dans l'anémie gravidique :

Hémoglobine.	83 grammes.
Pouvoir absorbant.	160 centimètres cubes.
Matériaux solides.	85 gr. et au-dessous.

Dans l'anémie pernicieuse progressive :

Hémoglobine.	60 grammes.
Pouvoir absorbant	115 centimètres cubes.
Matériaux solides.	60g,55 ou même 45 (alors pronostic très grave).

Dans le purpura :

Hémoglobine	68 grammes.
Pouvoir absorbant.	123 centimètres cubes.

Dans le scorbut :

Hémoglobine	55 grammes.
Pouvoir absorbant.	100 centimètres cubes.

Dans la cirrhose atrophique :

Hémoglobine	60 grammes.
Pouvoir absorbant.	126 centimètres cubes.
Matériaux solides	66 grammes.

Dans la périostite tuberculeuse :

Hémoglobine	72 grammes.
Pouvoir absorbant.	130 centimètres cubes.
Matériaux solides	65 grammes.

Dans le cancer du foie :

Hémoglobine	52 grammes.
Pouvoir absorbant.	100 centimètres cubes.

Dans la cirrhose palustre :

Hémoglobine	76 grammes.
Pouvoir absorbant.	150 centimètres cubes.

Dans la dilatation stomacale simple :

Hémoglobine . . . . 88 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 1[illegible]0 centimètres cubes.

Dans la dilatation stomacale cancéreuse :

Hémoglobine . . . . 50 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 174 centimètres cubes.

Dans l'entérite simple :

Hémoglobine . . . . 94 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 180 centimètres cubes.

Dans l'entérite tuberculeuse :

Hémoglobine . . . . 88 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 170 centimètres cubes.

Dans l'entérite aiguë :

Hémoglobine . . . . 97 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 176 centimètres cubes.

Dans la fièvre typhoïde :

Hémoglobine . . . . 110 grammes et au-dessus.
Pouvoir absorbant. . . . . . 192 centimètres cubes.

Dans la tuberculose :

Hémoglobine . . . . 112 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 208 centimètres cubes.

Dans l'hystérie avec toux :

Hémoglobine . . . . 96 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 192 centimètres cubes.

Dans la néphrite interstitielle :

Hémoglobine . . . . 70 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 104 centimètres cubes.
Matériaux solides . . . . . . 76 grammes.

Dans la néphrite parenchymateuse :

Hémoglobine . . . . 56 ou 58 grammes.
Pouvoir absorbant. . . . . . 115 centimètres cubes.
Matériaux solides . . . . . . 60 grammes.

Dans les pleurésies hémorrhagiques :

Hémoglobine . . . . 35 grammes.

M. Quinquaud a fait les mêmes recherches avant et après la thoracentèse. Il a trouvé :

Pour un premier cas...	Avant	Hémoglobine.....	98 grammes.
		Pouvoir absorb...	130 cent. cubes.
		Matériaux solides.	114 grammes.
	Après	Hémoglobine.....	72 ou 70 gram.
		Pouvoir absorb...	116 cent. cubes.
		Matériaux solides.	73 grammes.
Pour un deuxième cas.	Avant	Hémoglobine.....	67 ou 70 gram.
		Pouvoir absorb...	100 cent. cubes.
		Matériaux solides.	96 grammes.
	Après	Hémoglobine.....	66 grammes.
		Pouvoir absorb...	140 cent. cubes.
		Matériaux solides.	84 grammes.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Quinquaud s'il a eu occasion de doser les variations de l'hémoglobine chez les chlorotiques non soumises à un traitement ferrugineux. M. Hayem a affirmé récemment, à la Société de biologie (voir notre dernier compte rendu), que la chlorose, dans ces cas, ne guérit jamais et ne fait que s'amender.

M. Quinquaud répond qu'il a pu observer trois malades chlorotiques qui ont guéri sans fer : la première a regagné, en quinze jours, 8 grammes d'hémoglobine ; la seconde, 13 grammes en dix-huit jours ; la troisième, 6 grammes en vingt jours.

RÉPERTOIRE

REVUE DES JOURNAUX FRANÇAIS ET ÉTRANGERS
REVUE DES THÈSES

Traitement de la migraine. — Le docteur Séguin, de New-York, divise ce traitement en trois parties :

I. *Traitement général.* — Il faut, en principe, éloigner toutes les causes d'excitation, puis s'occuper principalement de corriger l'acidité des voies digestives, en donnant l'acide nitro-muriatique et les alcalis et réduisant dans de fortes proportions le sucre et les féculents de l'alimentation. S'il y avait anémie, débilité, nutrition imparfaite, on s'adresserait aux toniques, y compris l'huile de morue.

II. *Traitement de l'attaque.* — On recherchera avant tout le calme dans une demi-obscurité ; il est inutile de combattre le mal de tête, la tentative n'aboutirait probablement pas, ou bien elle serait fâcheuse. La diète est de rigueur absolue, avec abstinence de boisson, jusqu'au moment où l'attaque va cesser et même jusqu'au lendemain.

C'est là une excellente manière de se soustraire à beaucoup d'inconvénients. On peut prendre de la glace en nature, ou bien un grog glacé, avec avantage.

Mais si, contre l'attaque déclarée, il n'y a rien à faire, on peut beaucoup pour prévenir cette attaque ou diminuer sa gravité. Les meilleurs médicaments à essayer, lors des symptômes prémonitoires de la migraine, sont le guarana, la caféine ou l'hydrate de croton-chloral.

Le docteur Séguin a trouvé le guarana très efficace, donné au début d'un accès. La moitié de ses malades s'en sont bien trouvés sous le rapport du soulagement, et plusieurs ont pu vaquer à leurs affaires le même jour. La caféine, à la dose de 12 centigrammes toutes les heures, pendant trois ou quatre heures, lui a été aussi fort utile. Il a donné également avec avantage l'hydrate de croton-chloral à la dose de 15 à 20 grains (90 centigrammes à 1g,20) toutes les heures, et quatre fois de suite. Ce dernier médicament s'applique surtout aux cas où la douleur est le premier symptôme, ainsi qu'aux crises commencées.

Quelquefois le médecin américain a dissipé une migraine à l'aide d'une injection hypodermique de morphine (2 à 3 centigrammes) ou d'atropine (1 milligramme) ; mais rarement il a recours à ce moyen, dans la crainte de rendre les sujets morphiomanes.

III. *Traitement de la maladie.* — C'est à la méthode de Greene que le docteur Séguin accorde le plus de confiance. Elle consiste à administrer le haschisch à doses continuées, de manière à tenir le système nerveux légèrement sous l'influence du médicament pendant longtemps.

Il fait prendre aux femmes 2 centigrammes d'extrait alcoolique avant chaque repas, et augmente la dose à 3 centigrammes au bout de quelques semaines. Aux hommes, il prescrit, pour commencer, 3 et 4 centigrammes au bout de deux à trois semaines. Ce traitement doit être continué avec la plus grande régularité pendant trois mois. En

général, ces doses ne donnent lieu à aucun symptôme physiologique. La moitié des malades traités par le docteur Séguin ont guéri. Aussi bien considère-t-il le haschisch comme ayant une efficacité comparable à celle du bromure de potassium dans l'épilepsie : l'un et l'autre de ces agents peuvent avoir une influence curative, de même qu'ils sont capables d'interrompre la série des crises. (*Journal de Thérapeutique*, 10 avril 1879, p. 268.)

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

TRAVAUX A CONSULTER.

De la propylamine dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Plaidoyer peut-être un peu tardif en faveur de ce médicament, par le docteur James L. Tyson (*Philad. Med. Times*, 10 mai 1879, p. 374).

Sur la douche électrique et ses effets, par le docteur Sieffermann (*Gazette méd. de Strasbourg*, 1er juin 1879).

Manière de traiter le pédicule dans l'ovariotomie et en particulier d'allonger le pédicule court, par Rubio (*El siglo medico*, 1er juin 1879, p. 338).

Rétrécissement annulaire de l'intestin, son diagnostic et son traitement, par Stephen Mackenzie (*Brit. Med. Journ.*, 31 mai 1879, p. 805).

Deux cas d'obstruction intestinale traitée par la laparotomie; mort dans les deux cas, par Clifford Albutt (*id.*, p. 808).

Traitement de l'obstruction intestinale, par Messenger Bradley (*id.*, p. 808).

Obstruction intestinale chez un enfant; traitement par la belladone et l'injection progressive d'eau tiède dans le rectum au moyen d'un tube en caoutchouc; guérison, par W. H. Day (*id.*, p. 810).

VARIÉTÉS

PRESSE MÉDICALE. — Le docteur Bouchut vient de prendre la direction du *Paris médical*. Le docteur Cheron vient de fonder un nouveau journal ayant pour titre : *Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes*. Enfin le docteur Polichronic a fait paraître une revue médicale roumaine bimensuelle.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Les concours d'agrégation (1879-1880) s'ouvriront :

Le 20 novembre 1879 pour la section de médecine,
Le 15 mars 1880 pour la section de chirurgie et d'accouchements,
Le 1er juin 1880 pour la section des sciences accessoires.

NÉCROLOGIE. — Le docteur JACQUEMIER, membre de l'Académie de médecine. — Le docteur CAMPBELL, qui avait surtout répandu en France l'anesthésie obstétricale. — Le docteur LEBATARD, qui s'était occupé du massage dans les affections articulaires.

L'administrateur gérant : O. DOIN.

TABLE DES MATIÈRES

DU QUATRE-VINGT-SEIZIÈME VOLUME

Paris. — Typographie A. HENNUYER, rue d'Arcet, 7.